

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Tereza Týleová

Informovanost o poruchách příjmu potravy

Srovnání znalostí mezi studenty zdravotnických oborů a veřejností

Awareness of eating disorders

Comparison of knowledge among medical disciplines students and the public

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Ing. Renáta Hrdličková, DiS.

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací

V Praze, dne 12. 4. 2013

TEREZA TÝLEOVÁ

Poděkování

Chtěla bych poděkovat všem respondentkám a respondentům za vyplnění dotazníků, jakož i za postřehy, které mi napsali do poznámek. Jmenovitě děkuji Ing. ekonomie Michaelae Streckerové za pomoc při zpracovávání grafů a profesoru RNDr. Václavu Pačesovi, DrSc., dr. h. c. za pomoc s překladem abstraktu do anglického jazyka. Nemohu nepoděkovat vedoucí své bakalářské práce, paní PhDr. Ing. Renátě Hrdličkové, DiS. za spolupráci.

Identifikační záznam:

TÝLEOVÁ, Tereza. *Informovanost o poruchách příjmu potravy. Srovnání znalostí mezi studenty studenty zdravotnických oborů a veřejností. [Awareness of eating disorders Comparison of knowledge among medical disciplines students and the public]*. Praha, 2013. 66 str., 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Hrdličková, Renáta.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tématem poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Hlavním cílem bylo srovnat znalosti studentů zdravotnických oborů a veřejnosti. Teoretická část práce obsahuje základní informace o poruchách příjmu potravy, definuje nejen dva nejznámější typy, kterými jsou mentální anorexie a mentální bulimie, ale také typy méně známé, kupříkladu záchvatovité přejídání, orthorexii či bigorexii. Je zde nastíněna historie mentální anorexie a mentální bulimie, diagnostická kritéria pro hlavní poruchy, dále rizikové faktory podporující vznik onemocnění. Je zde popsán typický průběh, prognóza a charakteristické projevy onemocnění, komplikace a komorbidita, které je mohou doprovázet a možnosti jejich léčby. Praktická část prezentuje výsledky, které vyplynuly z mého průzkumu. Ten byl uskutečněn na základě anonymních dotazníků pro dvě skupiny. Jednalo se o studenty 1. LF UK, konkrétně studenty zdravotnických oborů všeobecná sestra a nutriční terapie. Druhou skupinu tvořila veřejnost. Celkové výsledky výzkumu ukazují, že veřejnost prokázala dobré znalosti základních otázek o poruchách příjmu potravy, v otázkách specifických odpovídali lépe zdravotníci. Všeobecné sestry prokázaly znalosti spíše na úrovni veřejnosti, nežli zdravotníků.

KLÍČOVÁ SLOVA:

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, informovanost, srovnání

Abstract

This Bc thesis deals with the food uptake disorders with emphasis on anorexia nervosa and bulimia nervosa. The main purpose was to compare knowledge of students of medical disciplines and of general public. The theoretical part of the thesis contains basic information about the eating disorders. The main text defines the two best known types of the eating disorders, namely anorexia nervosa and bulimia nervosa, and also the less well known types such as binge eating disorder, bigorexia and orthorexia. Described are history of anorexia nervosa and bulimia nervosa, the diagnostic criteria for the disorders, and the risk factors inducing the disease. Described are also typical manifestation and prognosis of the disease, concomitant complications and co-morbidities, and also the possibilities of treatment. The part presenting the results of the survey is based on anonymous questionnaires for two groups. The first group consisted of the students of the First Faculty of Medicine, Charles University, specifically the students of the general nurse health care and nutritional therapy. The second group consisted of individuals of general public. The overall results of the research show that the general public has a good knowledge of the basic questions about food uptake disorders. Specific questions were answered better by health professionals. General nurses have the knowledge at the level of the general public rather than health professionals.

KEY WORDS:

Eating disorders, food uptake disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, information, comparisons

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	11
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	12
1.3 OSTATNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	13
2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
2.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	14
2.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
3 DIAGNOSTIKA PPP	16
3.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
3.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	17
3.3 ATYPICKÉ FORMY	18
4 EPIDEMIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
5 ETIOLOGIE A KOMORBIDITA.....	21
5.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	21
5.2 OSOBNOSTNÍ FAKTORY	22
5.3 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY	23
5.4 BIOLOGICKÉ FAKTORY	24

6	PRŮBĚH A PROGNÓZA	27
7	NÁSLEDKY	28
7.1	KARDIOVASKULÁRNÍ KOMPLIKACE	28
7.2	RENÁLNÍ KOMPLIKACE.....	28
7.3	GASTROINTESTINÁLNÍ KOMPLIKACE.....	29
7.4	KOSTERNÍ KOMPLIKACE	30
7.5	DERMATOLOGICKÉ KOMPLIKACE.....	30
7.6	RESPIRAČNÍ KOMPLIKACE	30
7.7	NEUROLOGICKÉ KOMPLIKACE	31
7.8	PORUCHY SPÁNKU	31
8	LÉČBA	32
8.1	CÍLE	32
8.2	DRUHY ZAŘÍZENÍ	33
8.3	HLAVNÍ DRUHY TERAPIÍ.....	34
8.4	PŮSOBNOST	34
8.5	TERAPEUTICKÉ DISCIPLÍNY.....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
9	METODIKA VÝZKUMU	37
9.1	CÍLE A PODCÍLE	37
9.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	37
9.3	ORGANIZACE VÝZKUMU	38

10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	39
DISKUZE	50
ZÁVĚR	56
POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE	57
SEZNAM ZKRATEK	59
SEZNAM ODBORNÝCH TERMÍNŮ	61
SEZNAM TABULEK	64
SEZNAM GRAFŮ	65
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Jako předmět své bakalářské práce jsem si vybrala poruchy příjmu potravy se zaměřením převážně na mentální anorexii a mentální bulimii dívek a žen. Myslím, že narůstající incidence těchto onemocnění nám jasně dokazuje, že by téma nemělo zůstat tabu. Onemocnění poruchou příjmu potravy bych přirovnala k závislosti na drogách. V této závislosti se ovšem nemocní nestávají otroky klasických drog, ale jídla. U mentální bulimie je to v podobě neovladatelných záchvatů přejídání, u mentální anorexie v druhém extrému, v naprostém odmítání stravy.

V dnešní době trpí poruchami příjmu potravy čím dál tím mladší dívky. Je to ovlivněno naší kulturou a propagovaným ideálem krásy. Ze všech stran na nás útočí informace, které nás utvrzují v představě, že právě štíhlá postava přináší úspěch, uznání, přátelství, zdraví, štěstí. Mediální tlak na dívky a ženy je obrovský – vítěžkami soutěží krásy se stávají ultraštíhlé dívky, stejné typy vidíme nejen na módních molech, ale i v reklamách na cokoli od parfému až po automobil. Časopisy pro ženy a dívky představují spousty diet a rad ke zhubnutí v kteroukoliv roční dobu. Ženy s plnějšími tvary se objevují pouze jako úvodní odstrašující obraz v reklamách na zázračné hubnoucí pilulky, krémy, doplňky stravy nebo tělocvičné náčiní. Hrůzostrašné detaily širších boků, plných stehů nebo kůže s celulitidou mají přimět budoucí zákaznice k zakoupení přípravků na hubnutí. Bohužel ale také mohou přispět (spolu s dalšími faktory) k tomu, že dívky začnou toužit po snižování své hmotnosti, přestanou reálně vnímat vlastní tělo a odmítají pomoc okolí.

V teoretické části své práce jsem se zaměřila na obecné informace o poruchách příjmu potravy, respektive mentální anorexie a bulimie. V praktické části jsem si stanovila za cíl porovnat vědomosti o poruchách příjmu potravy u studentů zdravotnických oborů všeobecná sestra a nutriční terapie s vědomostmi u široké veřejnosti. Podkladem pro toto srovnání mi byly odpovědi respondentů v dotazníku, který jsem vytvořila.

Mým osobním cílem bylo prostřednictvím bakalářské práce alespoň částečně nahlédnout do aktuální problematiky poruch příjmu potravy, a tak obohatit svoje znalosti, které mohu využít ve své další profesionální cestě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou závažná psychická multifaktoriálně ovlivněná onemocnění, kdy jídlo není chápáno jako nepostradatelná součást života, ale jako nástroj k řešení emocionálních problémů. Jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen a velmi ovlivňují i životy jejich blízkých příbuzných. U mužů se s poruchami příjmu potravy setkáváme sice čím dál tím častěji, ale stále jen zřídka. Myslím, že nejen v České republice, ale i po světě těchto onemocnění přibývá. Stále častěji vidám v televizi extrémně hubené herečky a modelky, nezřídka se o nich pak v časopise dočtu, že skutečně trpí mentální anorexií. Všudypřítomné reklamy na redukci hmotnosti sportem, dietou, tabletami, kouzelným drinkem, vodou, vírou, autosugescí a kdoví čím ještě mohou poruchu příjmu potravy ještě podnítit. Neumím si představit, že někdy bylo možné, aby v časopise vyšla reklama na přibírání na váze. Viz příloha číslo 1.

PPP jsou často spojené s dalšími psychickými poruchami, depresí, stresem, úzkostí a sebepoškozováním a jsou pro ně charakteristické zejména neustálý strach ze zvýšené hmotnosti, nerealistické vnímání vlastního těla, sebepoškozování, nízké sebevědomí a manipulace s jídlem k udržení nebo snížení hmotnosti. Hlavními typy PPP podle MKN-10 jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Dále se mluví o jinak nespecifikovaných poruchách příjmu potravy, tzv. EDNOS (eating disorders not otherwise specified), mezi které můžeme zařadit kupříkladu záchvatovité a noční přejídání a méně známou a obvyklou drunkorexii a orthorexii (Papežová, 2010).

1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Anorexia nervosa neboli mentální anorexie (dále jen AN) je bio-psycho-sociální onemocnění spočívající ve zkreslené představě o svém těle (Papežová, 2010). Trpí jí z naprosté většiny ženy. Základními znaky je aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti a nepotlačitelný strach ze ztloustnutí.

K redukci hmotnosti dochází snížením příjmu potravy a tekutin, zvýšením fyzické aktivity (nadměrným cvičením) a někdy i navozováním zvracení a užíváním diuretik

(močopudných látek), anorektik (látek potlačujících chuť k jídlu) a laxativ (projímadel). Dívky často trpí nechutenstvím a podrážděností, které jsou spíše až sekundární, důsledkem dlouhodobého hladovění. Rozlišujeme dva hlavní typy anorexie, a to typ restriktivní (ke snižování hmotnosti slouží hladovění a extrémní cvičení) a typ purgativní (ke snižování hmotnosti slouží i užívání projímadel a močopudných látek) (Papežová, 2010; Krch, 2010).

1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Základním znakem bulimia nervosa neboli mentální bulimie (dále jen BN) je, podobně jako u AN, chorobný strach z tloušťky a zvýšený zájem o vlastní tělo. Dále snaha zabránit zvyšování hmotnosti navozováním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ (projímadel) a silná a nepotlačitelná touha se opakovaně přejídat (Papežová, 2003). Ztráta kontroly nad jídlem vede k nadměrnému příjmu potravy. Řešením se zdá být extrémní cvičení a držení hladovky, což vede k silnému pocitu hladu a k snazšímu podlehnutí nutkání se přejíst a ocitáme se v začarovaném kruhu.

Zkonzumovaná potrava při jednom záchvatu může klidně obsahovat 12000 kJ. Rozlišujeme purgativní a nepurgativní typ BN (Krch, 2008). Z knihy *Z deníku bulimičky* mi přijde zajímavé zmínit sumarizování nákladů na bulimii. Při sečtení nakoupených potravin, odborné literatury, výživových doplňků, strojů na cvičení atd. se za první rok bulimie dostáváme k 40 tisícům korun. Autorka uvádí, že dívka trpěla mentální bulimií téměř 12 let, ale ostatní roky byly jakž takž kompenzované, a tak nedošlo ke geometrickému nárůstu nákladů. Bulimička utratila za svoji nemoc přibližně 72 000 Kč, a to ještě nezapočítala peníze za cigarety (Sladká-Ševčíková, 2003). Muži, kteří trpí anorexií nebo bulimií, mají převážně stejné symptomy jako ženy. Ve větší míře se u nich projevuje vypadávání vlasů. Typické jsou rituály při jídle, jako například krájení jídla na malé kousíčky, posouvání jídla po talíři atd. Muži se také věnují nadměrně sportu, v tělocvičně tráví nekonečné chvíle. Pro bulimiky je typické stanovování nedosažitelných cílů (Ladishová, 2006).

1.3 OSTATNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Záchvatovité přejídání

Pro záchvatovité přejídání je typický nadměrný příjem potravy velmi zvýšeným tempem bez předchozího pocitu hladu. Avšak na rozdíl od BN nedochází ke kompenzačnímu chování ani užívání projímadel. Tento typ přejídání je tedy spojen s nadváhou nebo obezitou (Papežová, 2010).

Syndrom nočního přejídání

Průběh tohoto onemocnění je pravděpodobně spojen se stresem a s neúspěšným držetím diet. Je pro něj typické, že přes den trvající normální stravovací režim je zakončený večerní anorexií, po které následuje neukončitelný záchvat příjmu potravy. Jen zřídka tito lidé jí z hladu, takže kdyby neměli jídlo k dispozici, tak k přejídání nedojde (Papežová, 2010).

Drunkorexie

Drunkorexie, též nazývaná alkorexie, je jednou z méně známých PPP. Má za cíl snížení příjmu kalorií, aby si pak člověk mohl dopřát dostatek vysoce kalorického alkoholu. Ten slouží buď k zahnání hladu, nebo strachu z tloušťky. Pomáhá alespoň chvilkově uniknout pocitům studu, viny nebo samoty (Papežová, 2010; Kučera 2005-2006).

Orthorexie

Jedná se o poruchu příjmu potravy, kdy nemocní abnormálně usilují o co nejzdravější stravování. Velmi silně dodržují jinak správná výživová doporučení, tedy omezují příjem tuků, cukrů, solí a aditiv. V extrémním případě jedí jen ovoce a zeleninu. Těmito postupy si vypěstují vzhled velmi podobný mentální anorexii (Papežová, 2010; Kučera 2005-2006).

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Nejrůznější formy poruch příjmu potravy jsou známy již od pradávna. Mohli jsme se s nimi setkat při hodinách dějepisu jako s tradičním způsobem stravování v minulosti. Byla ale i období, kdy si myslím, že poruchy příjmu potravy byly nemyslitelné. Tímto obdobím je dle mého názoru baroko. Buclatí andělíčky jsou mi důkazem, že ideálem krásy nebyla štíhlost. Jako na patologické se na tato chování začalo nahlížet až mnohem později, retrospektivně. Názory na odmítání jídla se v minulosti značně měnily.

Hladovění spojené s půsty bylo součástí mnoha náboženských obřadů, rituálů a protestních činů. Někteří považovali jedince, kteří nepřijímali téměř žádnou potravu, za držitele nadpřirozených sil nebo pod vlivy ďábla, jiní už uvažovali o PPP jako o duševních poruchách. Postupem času dospěly PPP do dnešní podoby. U nás se jimi zabýval František Faltus, publikoval několik monografií a v roce 1983 založil jednotku specializované péče pro nemocné PPP při Psychiatrické klinice 1. LF UK. Z dalších hlavních autorů, věnujících se a publikujících o PPP, jmenujme profesorku Papežovou a doktora Krcha (Papežová, 2010; Krch, 2005).

2.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Prvním v historii, kdo ve 2. století našeho letopočtu použil termín „anorexie“, byl starověký lékař Galén. Svatá Kateřina ze Sieny byla první dívkou, která prokazatelně zemřela dobrovolně hladem. Od 16 let jedla pouze chléb a zeleninu, pozřela-li více potravy, spolýkala kořínky a navodila zvracení. Nejdokonalejší popis AN je přikládán anglickému lékaři Richardu Mortonovi. Stejnou diagnózu definoval Whytt z Anglie a Nadeau z Francie. Francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert v 19. století jako první stanovil dva druhy anorexie: anorexii gastrickou a anorexii nervovou. Sir W. W. Gull popsal „hysterickou apepsii“, při které mladé dívky výrazně hubnou, aniž by trpěly tuberkulózou, a varuje před omyly v diagnóze. Nezávisle na něm, téměř současně, popsal psychogenní poruchu francouzský lékař Laség. Mezi duševní poruchy byla mentální anorexie definitivně zařazena po důkazech psychoanalýzy a psychosomatické medicíny ve 40. letech 20. století. U nás se touto problematikou zabýval profesor Vratislav Jonáš (Papežová, 2010; Krch, 2010).

2.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Nadměrný příjem potravy a přejídání nebylo v historii nic neobvyklého. Přejídání bylo často spojeno se zvracením, tento jev byl popsán Senekou: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvrací, aby jedli.“ Přejídání bylo známé převážně ve vyšších vrstvách a u panstva. Jedlíci byli atrakcí na poutích a oslavách. Dle Putarchy byl pojmem bolimos označován zlý démon, který symbolizoval nadměrný hlad. V minulosti byly však pod pojmem bulimie popsány i stavy slabosti a mdloby vyvolané hladověním. Termín „bulimia nervosa“ byl poprvé použit v roce 1979 britským psychiatrem Geraldem Russelem (Papežová, 2010; Krch, 2005). V posledních letech narůstá počet autorů, kteří publikují o PPP. Na toto téma vychází velké množství odborných článků a monografií. Myslím si, že další poznávání by mělo být zaměřeno převážně na příčiny onemocnění a diagnostiku netypických typů onemocnění.

3 DIAGNOSTIKA PPP

Na diagnostice poruch příjmu potravy se mohou podílet nejrůznější doktoři. Myslím si, že z důvodu nízkého věku postižených dívek se na odhalení poruchy budou podílet nejvíce pediatri. Dívka, která cíleně hubne, kvůli tomuto stavu jistě nevyhledá specialistu. První, co by ji mohlo zavést k lékaři, bude porovnání s ostatními děvčaty a zjištění, že je ona jediná, která nemá nebo přestala mít menstruaci. A buď sama, nebo na popud maminky se dostaví ke gynekologovi. Tudíž je gynekolog, dle mého názoru, dalším důležitým článkem v diagnostice poruchy. Nesmíme zapomenout ani na ostatní příbuzné, kteří většinou první zpozorují nějaké nesrovnalosti a podnítí dívku k léčení.

Dále se na odhalení poruchy nesporně podílejí i praktičtí lékaři. U plně spolupracujících pacientů není potom diagnostikování PPP nijak obtížné. Ztěžuje ho zatajování faktů ze strachu a studu. PPP, jakožto multifaktoriálně podmíněné onemocnění, je tedy nutné brát z širšího bio-psycho-sociálního hlediska. K diagnostice využíváme MKN-10 (mezinárodní klasifikaci nemocí - 10. revize) pro klinickou praxi a DSM-IV (diagnostický a statistický manuál duševních poruch – IV. revize) pro výzkum (Papežová, 2010; Krch, 2005).

3.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Při stanovování diagnózy mentální anorexie musíme nejprve vyloučit přítomnost jiné duševní a somatické poruchy u pacienta, neboť nechutenství a vyhublost jsou znaky nejen AN, ale také kupříkladu nádorových onemocnění, onemocnění GIT, TBC a toxikomanů. Diagnóza mentální anorexie vyžaduje splnění všech kritérií stanovených MKN-10 (Krch, 2005; Krch, 2010).

- 1) **Tělesná hmotnost nedosahuje 75 % normální hmotnosti**, BMI je pod hranicí 17,5 a během růstu není splněn předpokládaný hmotnostní přírůstek.
- 2) **Úbytek hmotnosti** je žádaný a pacientka ho dosahuje sama s využitím minimálně jednoho z následujících prostředků: snížený příjem kalorií, vyhýbání se kalorickým jídlům, extrémní fyzická aktivita, užívání laxativ, diuretik, anorektik či navozováním zvracení.

3) **Nerealistické vnímání vlastního těla**, abnormální zájem o tělesnou hmotnost, nepotlačitelný a vtíravý pocit tloušťky, který vede k extrémnímu snižování hmotnosti a stanovení nereálného hmotnostního minima.

4) **Endokrinní porucha** projevující se u žen amenoreou (vynecháním, nedostavením se menstruace) a u mužů ztrátou sexuálního zájmu.

5) Vznikne-li anorexie před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, leckdy zcela zastaveny. Dochází k zastavení růstu, dívkám se nevyvíjejí ňadra, dochází k primární amenoree, chlapcům zůstávají dětské genitálie. Po vyléčení dochází ve většině případů k celkovému, ale opožděnému návratu k normě.

Podle DSM-IV je AN rozdělena do dvou typů. Na restriktivní, neboli nebulimický typ, při kterém nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, a purgativní, neboli bulimický typ, během něhož k těmto záchvatům dochází (Krch, 2005; Krch, 2010).

3.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mezi prvními stanovil tři základní kritéria mentální bulimie anglický psychiatr Gerard Russell. Pro stanovení dg. je nutné vyloučit poruchy GIT a neurologickou poruchu, které vedou ke zvracení. Některé příznaky, jako třeba ztráta kontroly nad jídlem, se mohou objevovat i u depresivních poruch a mánií (Sladká-Ševčíková, 2003; Krch, 2008).

MKN-10

1) Epizody přejídání se, které se vyskytují minimálně dvakrát týdně po dobu minimálně tří měsíců a při nichž je konzumováno ohromné množství jídla najednou.

2) Snaha kompenzovat nadměrný příjem kalorií jedním z následujících prostředků: zvracení, zneužívání laxativ a diuretik, manipulace s dávkami inzulínu a držení hladovek.

3) Pocit nadváhy, usilování o nižší než optimální váhu, často AN v anamnéze.

Kritéria DSM IV se téměř neliší od klasifikace MKN-10. Umožňují nám však definovat dva specifické typy BN: purgativní typ, jenž využívá k redukci hmotnosti a kompenzaci příjmu kalorií navozené zvracení, laxativa a diuretika, a nepurgativní typ, který

se obejde bez purgativ (projímadel) a při němž je kompenzačním nástrojem držení přísné diety nebo hladovky (Krch, 2005; Krch, 2008, Papežová, 2003).

3.3 ATYPICKÉ FORMY

Pod zkratkou EDNOS (eating disorders not otherwise specified = jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy) zahrnujeme atypické formy AN a BN, kdy k diagnostice standardního onemocnění chybí jedno stanovené kritérium. Kupříkladu onemocnění splňující kritéria AN mimo amenoreu či onemocnění se všemi kritérii pro BN, avšak s nižším počtem záchvatů přejídání. Léčba těchto forem je však obdobná jako u standardních dg. Dále sem zařazujeme záchvatovité a noční přejídání, jejichž diagnostika koresponduje s typickými znaky, které již byly popsány u vymezení těchto onemocnění. Připomenou však, že jedním z kritérií nočního přejídání je velmi rychlá konzumace jídla a jídlo o samotě (Papežová, 2010; Krch, 2005).

4 EPIDEMIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Epidemiologické výzkumy se zabývají incidencí a prevalencí poruch příjmu potravy a snaží se zjistit jejich faktory. Výsledky výzkumů mají význam pro prevenci a léčbu. Prevalence vyjadřuje počet existujících nemocí ve vybrané populaci ke konkrétnímu datu a vypovídá spíše o zastoupení onemocnění u různých populačních skupin. Incidence vyjadřuje počet nově vzniklých onemocnění v populaci na určitý počet obyvatel, nejčastěji 100 000, za určité časové období, nejčastěji jeden rok (Papežová, 2010). Určování incidence a prevalence PPP ovlivňuje mnoho faktorů. Jsou to stále se měnící kritéria nejen pro diagnostiku mentální anorexie a bulimie, ale také pro to, jaké formy onemocnění se do incidence a prevalence budou započítávat. Jestli jenom pacienti, kteří byli s PPP hospitalizováni, nebo léčeni, nebo i ti, kterým bylo onemocnění pouze diagnostikováno. Tím se dostáváme k dalším ovlivňujícím faktorům. Jsou jimi neustále se zvyšující povědomí o PPP, takže i praktičtí lékaři na tuto možnost myslí a je tedy často odhalena. S praktickými lékaři ale také souvisí riziko nesprávné diagnózy, které naopak některé PPP ze statistiky vyloučí. Do studií se také nedostanou pacienti, kteří se léčí pouze ambulantně, trpí nějakou nespecifickou nebo mírnější formou nebo kterým byla sice PPP diagnostikována, ale zbavili se jí svépomocí.

Obecně můžeme z výsledků výzkumů usoudit, že incidence a prevalence AN a BN v České republice je srovnatelná s ostatními zeměmi západní Evropy (Krch, 2005).

- Nizozemská studie v roce 2006 uvedla, že incidence AN v letech 1985 - 1999 se změnila pouze nepatrně ze 7,4 na 7,7 onemocnění na 100 000, a že BN dokonce klesla z 8,6 na 6,1 / 100 000 obyvatel (Hadaš, 2007)
- Krch (Krch, 2005) konkretizuje incidenci AN na 100 000 žen na 12-30 případů
- Stárková (Stárková 2005) ve svém článku uvádí prevalenci anorexie v rozmezí 0,5–1 %, bulimie kolem 1–3 %
- U nás je poměr anorektiček a anorektiků 30:1, ve světě 12:1
- V porovnání se světem je u nás znatelně nižší úmrtnost (Vomastek, 2000)

Níže uvádím informace získané z ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky) ze souboru „Aktuální informace č. 62/2012“, které jsou datovány k roku 2011 a platí pro Českou republiku. V uvedeném roce vzniklo 1296 nových onemocnění PPP, tj. incidence 12,35 na 100 tisíc obyvatel. Vývoj hospitalizací je znázorněn v grafech v druhé příloze.

Ambulantní zdravotnická zařízení

V psychiatrických ambulancích bylo léčeno celkem 3389 pacientů s diagnózou PPP. 90 % z tohoto počtu tvořily ženy, 38 % bylo s touto dg. léčeno v daném roce poprvé. Nejvíce léčení proběhlo v Praze. 30 % pacientů bylo z věkové kategorie 15-19 let, 61 % bylo starších 20 let (ÚZIS - Nechanská, 2012).

Lůžková zdravotnická zařízení

Lůžková zařízení psychiatrických klinik nebo nemocnic s psychiatrickými odděleními hospitalizovala celkem 272 osob pro PPP. Z toho bylo více než 63 % pacientů s AN a 20 % s BN. Průměrná ošetrovací doba byla 37 dní na pacienta. Průměrný počet pacientů přepočtený na 100 tisíc obyvatel činil pro celou ČR 3,2 pacienta, pro Prahu 4,2. Největší zastoupení mělo věkové rozmezí 15-19 let (ÚZIS - Nechanská, 2012).

5 ETIOLOGIE A KOMORBIDITA

Poruchy příjmu potravy nemají jeden konkrétní společný faktor. Rozvíjejí se komplexním působením bio-psycho-sociálních faktorů, v interakci s predispozicemi, rizikovými faktory a okolními vlivy, a jsou často doprovázeny dalšími nemocemi (komorbiditami) (Vágnerová, 2004). Rizikovým faktorem (RF) je událost, jejíž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost výskytu nežádoucích jevů, tedy i onemocnění PPP, a která se prokazatelně udála před vznikem onemocnění. Na faktory, které onemocnění předcházejí, se snažíme působit již při prevenci, na faktory, které onemocnění udržují, působí až léčba onemocnění (Papežová, 2010).

5.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY

Pohlaví, věk a etnicita jsou faktory, které nemůžeme nikterak ovlivnit, ale jejich zkoumání nám umožní identifikovat rizikové skupiny a efektivně na ně zaměřit prevenci.

Pohlaví

Pohlaví vnímáme jako velmi silný rizikový faktor pro PPP. Zároveň je též znakem nespecifickým, neboť ženské pohlaví zvyšuje pravděpodobnost onemocnění úzkostnými a depresivními poruchami. Muži, kteří trpí PPP jen výjimečně, jsou nejčastěji homosexuálové (Krch, 2005).

Etnicita

PPP a anorexie obzvlášť jsou často chápány jako nemoc „bílých dívek“. Tuto teorii podpořil výzkum provedený v USA, který zjistil, že jsou Afroameričanky skutečně se svým tělem spokojenější než jejich „bílé“ vrstevnice, přestože mají vyšší BMI. Avšak podle jiných studií trpí Afroameričanky mnohem více záchvatovitým přejídáním (Krch, 2005). Já si myslím, že ne tak vysoký výskyt PPP u Afroameričanek nebude dán tím, že by trpěly na tyto poruchy méně, spíše ale vlivem jejich kultury a tradicemi a tím, že jim nemoc prostě nebyla diagnostikována.

Věk

Na rozdíl od předchozích dvou faktorů podléhá věk změně a řadíme ho tedy mezi proměnlivé faktory. Dále jej zařazujeme mezi faktory nespecifické, neboť období

adolescence a časně dospělosti, které je nejrizikovějším obdobím pro vznik PPP, je rizikové i pro propuknutí jiných duševních onemocnění (Papežová, 2010; Krch, 2005).

5.2 OSOBNOSTNÍ FAKTORY

IMPULZIVITA

Nedostatečná kontrola impulzů je jedním z možných vysvětlení záchvatovitěho přejídání. Existuje silná spojitost mezi zneužíváním návykových látek a záchvatovitým přejídáním. U mužů s hraniční poruchou osobnosti se jejich problémy projeví zneužíváním návykových látek, zatímco u žen nadměrným příjmem potravy (Krch, 2008).

PERFEKCIONISMUS

Ženy a dívky s vyšší mírou perfekcionismu (touhy být dokonalé) jsou náchylnější k rozvoji jak anorexie, tak bulimie. Riziko PPP roste tam, kde se spolu s perfekcionistařskými rysy vyskytuje i nízké sebevědomí. U dívek, u kterých se PPP rozvinula, se tyto rysy objevovaly již v dětství. Dívky, když se pokoušely zhubnout, dosáhly většinou toho, co si předsevzaly, byly zvyklé být nejlepší, zhubly nejvíce ze všech. Ani po vyléčení z PPP se dívky perfekcionistařských rysů nezbaví (Papežová, 2010; Krch, 2005). Podle mé představy pochyť holčičky perfekcionistařské rysy převážně od svých maminek. Jsou už od malinka vedeny k pečlivé práci, jejich maminky dbají na velký pořádek, upravené oblečení, uklízení, vedou k tomu své děti a za správné výsledky je chválí a odměňují. Myslím, že vnímavé děti neodhadnou zdravou míru a pro potěšení maminek a pro odměnu se snaží být stále lepší až nejlepší a stávají se puntičkářské a perfekcionistařské.

PSYCHOPATOLOGIE A NEGATIVNÍ EMOCIONALITA

Duševní onemocnění jako takové je prediktorem PPP. U dívek trpících jednou z PPP jsou významně častěji nalezeny premorbidní poruchy osobnosti, obsedantně-kompulzivní poruchy, separační úzkost a panická porucha se sociální úzkostí. Dalším diskutovaným rizikovým faktorem je negativní emocionalita. Je možné, že lidé se záchvatovitě přejídají, aby přehlušili záporné pocity. Též navozené zvracení může být chápáno jako jeden ze způsobů očistění se od všeho špatného (Krch, 2008; Papežová, 2010; Krch, 2005).

5.3 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY

Je obecně známo, že se baculaté děti stávají ve škole terčem posměšků. I já jsem se na své základní škole s takovými případy setkala. Je pochopitelné, že se potom tyto děti necítí ve svém těle dobře a uchýlí se k nějakému držení diety. Ale myslím si, že u žádného mně známého případu z nich se porucha příjmu potravy nevyvinula. Z toho soudím, že samotná tloušťka není rizikovým faktorem pro PPP. Spíše to, jak je ten daný člověk vnímán svým okolím a jak je stabilní či nestabilní jeho osobnost, aby případné narážky na svoji postavu unesl.

V dnešní době je štíhlá postava chápána jako jeden z hlavních znaků, že si žena vede dobře. Proto touží mnohé dívky po štíhlejší postavě, bez ohledu na to, jak ve skutečnosti vypadají. Výzkumy prokázaly, že se většina žen vidí silnější, než ve skutečnosti jsou, a že většina žen uvede postavu, o které se domnívají, že bude pro muže atraktivní, výrazně hubenější, než jak to vidí sami muži. Ohroženější skupinou jsou ženy, které mají svoji štíhlou postavu jako zdroj obživy. Mnozí si myslí, že soutěže miss, kde by plno dívek splnilo kritéria anorexie, dále módní časopisy s anorektickými modelkami a neustálý vliv médií a reklam na přípravky k hubnutí mají za následek nárůst PPP. Ale dokázat, že tomu tak skutečně je, bývá složité, neboť nemáme dostatek dívek, které by byly zcela neovlivněny. Byť soutěže miss nesledují a nekupují si módní magazíny, všudypřítomným reklamám, billboardům a tlaku médií stejně neuniknou (Sladká-Ševčíková, 2003; Ladishová, 2006; Papežová, 2010; Krch, 2005). Touha žen po štíhlé postavě vede často k marným pokusům zhubnout. Držení diety způsobuje špatnou náladu a často se stane, že žena při dietě „zhřeší“, přejí se, následně má výčitky, hladoví a tím prohlubuje svoji nenaladěnost, takže špatnou náladu se pokusí zlepšit jídlem a ocitá se tím v začarovaném kruhu.

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

Míra rizika vzniku PPP stoupá s nárůstem nepříznivých událostí. Jedním z uvedených situací je pohlavní zneužívání. Pacientky s AN byly častěji vystavovány situacím, které vyvolaly stud a zahanbení ve spojitosti se sexualitou. Opakovaně se také ukazuje, že před onemocněním AN procházely pacientky velkými problémy v rodině, ze strany rodičů na ně byl vyvíjen neadekvátní nátlak co se týče školních a sportovních výsledků

nebo jeden z rodičů byl chronicky nemocný či měly problematického sourozence (Papežová, 2010; Krch, 2005).

Pohlavní zneužívání

Přímý vztah mezi sexuálním zneužitím a rozvojem PPP nebyl kvůli mnoha proměnným nikdy dokázán. Výsledky výzkumů a praxe vedou však k závěru, že u znásilněných dojde minimálně k psychické krizi a tudíž k zvýšené senzitivitě k rizikovým faktorům pro vznik PPP. Spojitost se zneužíváním má také další RF, a to stud. V tomto případě se postiženým jeví PPP jako dobré východisko. Nejen že odvede pozornost od nepříjemných prožitků, ale zároveň umožňuje změnit ty části těla, které jsou zdánlivě za zneužívání a následně nepříjemný stud zodpovědné (Papežová, 2010; Krch, 2005).

Odloučení a akulturace

„Separací míníme odloučení od původní rodiny, akulturací přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí.“ (Papežová, 2010, str. 43). Samo odloučení od rodiny je zátěžovou situací. Dojde-li k němu moc brzy a ještě z důvodu úniku z problematické rodiny, je pravděpodobnost vzniku PPP ještě větší. Vycestování do cizí země a s tím neodmyslitelně spojená akulturace jsou další zátěžovou situací, s kterou je třeba se vypořádat. Vliv cizí kultury, negativní emoce z cizího prostředí, jiné jídelní návyky, to všechno vede k regulaci příjmu potravy. Nejohroženější jsou dívky, které vycestují do zahraničí za studiem nebo jako au-pair, neboť zátěž spojená s akulturací je ještě potencována odloučením od rodiny (Papežová, 2010).

5.4 BIOLOGICKÉ FAKTORY

GENETIKA

Už jen výskyt PPP v rodině je pokládán za významný rizikový faktor. Studie rodin a dvojčat potvrdily, že jsou PPP familiárním onemocněním, ale jednotlivé geny se stále ještě nepodařilo věrně identifikovat (Krch, 2008). Některé studie poukazují na určité změny na prvním a desátém chromozomu. Dědičnost se dle Papežové pohybuje v rozmezí 30 - 80 % (Papežová, 2010).

MOZKOVÉ FAKTORY

Výzkumy potvrdily přímou souvislost s poškozením mozku a vznikem PPP a tím vyvrátily domněnku, že sebedestruktivní chování vychází z žaludku nebo periferních

žláz. Dokládají to kupříkladu situací, kdy odstraněním epileptického ložiska došlo také k vyléčení poruchy příjmu potravy. Naprostá většina případů PPP není spojena s makroskopickým poškozením mozku. Tak jako se podařilo lokalizovat části mozku zodpovědné za vady řeči, tak několikaleté zkoumání prokázalo, že u PPP se v naprosté většině jedná o poškození mozkové kůry v čelním a spánkovém laloku pravé hemisféry. Často zmiňovaný hypotalamus je podle těchto studií zodpovědný spíše za atypické formy (Papežová, 2010).

BOLEST A STRES

Patologická redukce příjmu potravy je provázena zvýšením prahu bolestivosti. To může být způsobeno kupříkladu sníženou citlivostí nocisenzorů nebo pomalejším vedením senzitivních vláken. Jedním z vysvětlení snížení citlivosti na bolest při sníženém příjmu potravy je to, že hladovění je výrazný stresor a stres deaktivuje receptory bolesti (Papežová, 2010; Krch, 2005).

ŽENSKÝ REPRODUKČNÍ SYSTÉM

Abnormální příjem potravy je jednou z hlavních příčin narušení reprodukční schopnosti. PPP způsobují narušení hormonálního systému, který ovlivňuje reprodukční činnost v následujících oblastech: menstruační cyklus a sexualita, fertilita a průběh těhotenství a poporodní průběh (Papežová, 2010; Krch, 2010; Krch, 2005).

Menarche, amenorea a sexualita

Na menarche (první menstruaci v životě ženy) a amenoreu (nedostavení se menstruace) má významný vliv tzv. kritická hmotnost, pohybující se kolem 46 kg, a ještě více podíl tělesného tuku, který by měl činit minimálně 23 % hmotnosti. Lidská tuková tkáň je důležitým místem pro tvorbu hormonů, které řídí reprodukční systém ženy a při jejichž nedostatku dochází k sekundární amenoree (zastavení již pravidelných menstruací). Ženy s diagnózou BN se ve svém sexuálním chování nijak neliší od žen zdravých, zatímco anorektičky bývají často rezervované a vyhýbají se hlubším partnerským vztahům (Papežová, 2010; Krch, 2005; Krch, 2010).

Fertilita a průběh těhotenství

Na průběhu těhotenství se odráží fyzický i psychický stav ženy. Těhotenství klade vysoké nároky i na ženy zdravé, které mají ale větší sílu se s tím vyrovnat. Ženy s PPP

s již tak zvýšeným zájmem o své tělo občas těhotenství nesnesou. Jejich strach z fyziologického nárůstu hmotnosti v době těhotenství je větší než jejich touha po dítěti.

PPP nejsou přímo kontraindikací k otěhotnění, ale těhotenství by mělo být lékařem schválené a naplánované na nejvhodnější dobu, pokud možno na stádium úplné remise onemocnění. U anorektiček v akutní fázi onemocnění většinou vůbec nedojde k otěhotnění, a tak se riziko komplikací snižuje. Možnost otěhotnění bulimiček se moc neliší od zdravých žen. Proto je jejich plod, zejména v prvním trimestru, ohrožen rozvratem metabolismu kvůli zvracení a embryotoxickým účinkem návykových látek, alkoholu a laxativ. Obecně jsou PPP spojovány s nižší porodní hmotností dětí, spontánními potraty a předčasnými porody (Papežová, 2010; Krch, 2005; Ladishová, 2006; Krch, 2010).

Poporodní průběh

Po porodu se u většiny pacientek s PPP jejich onemocnění mírně zhorší, neboť již nemají strach o nenarozené miminko a nenutí je to k mírné normalizaci příjmu potravy. Naopak, poporodní kila, viditelné břicho a zvětšená ňadra jsou vnímány nepříjemně, a nastává striktní dieta s extrémním cvičením. Ženy také méně často kojí nebo přestávají s kojením předčasně. Stává se také dokonce, že nepříznivé jídelní návyky jsou přeneseny i na děti. Matky je omezují v jídle a přehnaně se starají o jejich vzhled (Papežová, 2010; Krch, 2005).

6 PRŮBĚH A PROGNOZA

Poruchy příjmu potravy jsou typické pro ženy v předproduktivním věku. Rozvíjejí se pomalu a nenápadně, často skryté za „normálními“ pubertálními manýry, někdy i za dietou indikovanou lékařem. Mnohé dívky na konci puberty začnou mírně přibírat, a proto je ze začátku jejich zájem o tělo a hmotnost zpravidla brán okolím jako pozitivní. S postupem času jejich nároky a diety jsou stále extrémnější. Okolí většinou rozpozná, že něco není v pořádku, ale v této fázi už není lehké vymluvit dívkám jejich chování. Místo aby nemocné přizpůsobovaly kalorický příjem svému životu, stále více přizpůsobují nevhodným způsobem svůj život jídlu.

Mentální anorexie i mentální bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou údravou, častěji mají však dlouhodobý (několikaletý) průběh s trvalými následky, někdy končícími smrtí. Ze všech psychiatrických poruch vede k předčasnému úmrtí nejčastěji právě anorexie. Příčinami smrti je po sebevraždě srdeční arytmie (nerytmičnost) a podvýživa. Můžeme předpokládat, že průběh BN, díky vyššímu BMI, je ve srovnání s AN příznivější (Papežová, 2010). Krch uvádí několik faktorů, které by mohly mít vliv na vývoj prognózy. Lepší perspektivu mají pacientky s hysterickými osobnostními rysy, s časným propuknutím nemoci nebo ty s dobrou pověstí v prakticky zaměřeném zaměstnání. Špatným prediktorem (ukazatelem průběhu) je deprese a narušené vztahy s rodinou a také nuda. Kritériem dobrého vyústění onemocnění je u AN zvýšení BMI a u BN snížení či abstinence záchvatů přejídání a zvracení (Krch, 2005).

7 NÁSLEDKY

Zdravotní komplikace se při poruchách příjmu potravy dotknou všech tělesných systémů a výrazně snižují kvalitu života a zvyšují úmrtnost na mentální anorexii a bulimii. Jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti nebo vznikají nedostatkem tekutin a narušením elektrolytové rovnováhy v důsledku zvracení a abúzu projímadel a diuretik.

Nejobvyklejší a nejzávažnější jsou komplikace oběhového systému (kardiovaskulární). Obecně se zdravotní komplikace vyskytují více u anorektiček. Pečlivou prevencí zdravotních komplikací doprovázejících poruchy příjmu potravy můžeme výrazně snížit riziko úmrtí na ně (Krch, 2005).

7.1 KARDIOVASKULÁRNÍ KOMPLIKACE

S kardiovaskulárními potížemi se můžeme u PPP setkat až v 90 %. Nejčastějšími komplikacemi je bradykardie (snížená tepová frekvence) a hypotenze (nízký tlak), nejzávažnější jsou arytmie (nepravidelný rytmus). Výrazně nepříznivým faktorem je BMI pod 13 kg/m². Bradykardie se vyskytuje převážně u AN, kde ji výzkumy potvrdily až u 95 % pacientek, ale je přítomna i u BN. Hodnoty bradykardie jsou stanoveny pod 60 tepů za minutu, anorektičky mají běžně pod 40 tepů za minutu a i níže. Hodnoty naměřeného pulzu mohou být ovlivňovány zvýšenou tělesnou aktivitou před měřením a dehydratací. Zhruba u stejného počtu pacientek se vyskytuje hypotenze pod 90/60 mmHg, kterou způsobuje chronický nízký příjem tekutin a která spěje k závratím či náhlým ztrátám vědomí. Závažnými komplikacemi jsou srdeční arytmie vyvolané narušením elektrolytové rovnováhy, které se mohou rozvinout až ke smrtelné srdeční zástavě. K těmto stavům přispívá zneužívání diuretik a laxativ, ale i příliš rychlá realimentace (obnovení stavu výživy), kterou hladověním oslabený srdeční sval neunes. Na křivce EKG zaznamenáváme změny, které způsobuje hypokalemie a další iontová dysbalance. Jsou to vesměs změny reverzibilní (vratné) a upraví se dodáním tekutin a stabilizováním elektrolytové rovnováhy (Papežová, 2010; Krch, 2005).

7.2 RENÁLNÍ KOMPLIKACE

Zhoršení renálních funkcí při PPP je hlavním důsledkem abúzu laxativ a diuretik. Přestože jsou tyto látky u bulimie zneužívány stejně, ne-li více než u anorexie, týkají se

renální komplikace a vznik močových kamenů hlavně anorektických. Nešetrná realimentace může vést ke generalizovaným křečím a mírným otokům. Předávkování projímadly může vést nejrozumnějšími mechanismy až ke kardiovaskulárnímu selhání (Papežová, 2010; Krch, 2005).

7.3 GASTROINTESTINÁLNÍ KOMPLIKACE

GIT (zažívací trakt) je rozsáhlý systém, ve kterém je každá jeho část negativně ovlivněna PPP. Obecně se objevuje snížená motilita celého trávicího traktu se zpomalením pasáže. Na druhou stranu mnoho dysfunkcí a onemocnění GIT předchází poruchám příjmu potravy nebo jsou jejich rizikovými faktory. Je to kupříkladu celiakie (nesnášenlivost lepku) nebo potravinová intolerance. Komplikace GIT se nejčastěji objevují při abúzu laxativ a při vystavení působení žaludečních šťáv (Papežová, 2003; Krch, 2008; Krch, 2010).

Zuby

Zubní sklovina a zubovina velmi trpí při expozici žaludečním šťávám, tak jako šťávám z citrusových plodů. Dochází k její erozi a zuby se stávají velmi citlivé na termo podněty (Papežová, 2010). K mírné ochraně zubní skloviny přispívá vypláchnutí úst po zvracení jedlou sodou nebo Antacidou (Cuntz, 2011). Zvýšené riziko vzniku zubního kazu z expozice zubů žaludečním šťávám není v literatuře konkrétně uváděno, mně se však jeví jako velmi pravděpodobné.

Žaludek a jícen

Se závažnými komplikacemi, jako jsou proděravění žaludku a jícnu, roztažení žaludku, ztráta dávicího reflexu či vrácení potravy z žaludku se setkáváme ojediněle. Častější je zpomalené vyprazdňování žaludku a s ním spojené pocity plnosti a nadmutosti i po malém množství zkonsumované potravy, což hodnotí pacientky jako velmi nepříjemné a utvrzuje je to v přesvědčení jíst ještě méně (Papežová, 2010; Krch, 2005).

Tenké a tlusté střevo

Snížená motilita a pasáž střev je velmi častá. Způsobuje bolesti břicha, plynatost, minerálovou dysbalanci, střídání zácpy a průjmu. Abúzus laxativ má vliv na vznik zácpy (Papežová, 2010).

7.4 KOSTERNÍ KOMPLIKACE

Největší vliv na kostní patologii má nedostatečný příjem bílkovin. Tím se snižuje obnova kosti a zvyšuje riziko vzniku zlomenin. Další neblahý vliv má na minerální denzitu kostí (MDK) délka trvání amenorey. Je tedy zřejmé, že jsou kosti postižené hlavně u anorektiček, neboť bulimičky menstruaci neztrácejí. Při snížené MDK u AN se s fyzickou aktivitou enormně zvyšuje riziko vzniku zlomenin. Jedním z RF, podílejících se na vzniku osteoporózy, je nedostatek vitamínu D, ke kterému vede nedostatečné konzumování mléčných výrobků. Dalšími faktory je kupříkladu nikotismus a závislost na alkoholu (Papežová, 2010; Krch, 2005, Krch, 2008).

7.5 DERMATOLOGICKÉ KOMPLIKACE

Jak mentální anorexie, tak bulimie jsou provázeny řadou kožních projevů, které sice nejsou specifické, ale mohou být dobrým vodítkem k diagnóze těchto onemocnění. Nejcharakterističtějším kožním projevem BN je tzv. Russelovo znamení - otlaky na hřbetech prstů a dorzu ruky z navozování zvracení, které způsobuje také zčervenání a modřiny. Dalšími kožními projevy jsou suchá šupinatá kůže, lanugo (jemné ochlupení) a kožní vyrážky jako reakce na projímadla (Papežová, 2010; Krch, 2005).

7.6 RESPIRAČNÍ KOMPLIKACE

Téměř všechny dýchací obtíže, které se u pacientek s anorexií vyskytují, jsou zapříčiněny sníženou silou nebo dysfunkcí dýchacích svalů, způsobenými extrémní malnutricí. Objevuje se dušnost a selhávají obranné kašlací reflexy. Po realimentaci jsou všechny tyto změny reverzibilní. Se snížením kalorického příjmu souvisí také vznik plicního emfyzému (rozedmy plic). Bylo prokázáno, že BMI souvisí nejen s funkcí, ale i strukturou plic. Onemocnění TBC je uváděno jako komorbidita AN (Papežová, 2010).

7.7 NEUROLOGICKÉ KOMPLIKACE

Neurologické komplikace u pacientů s PPP nejsou ničím neobvyklým. Vznikají jako následky nedostatečné výživy. Elektrolytová nerovnováha může způsobovat epileptické záchvaty, svalovou slabost s tetanií, vymizení reflexů. Byla popsána i intoxikace vodou, která byla nadměrně přijímána ve snaze zahnat hlad. Nedostatečný příjem energie je zodpovědný za únavu, zpomalené psychomotorické tempo a demenci. Strukturální změny mozku jsou při šetrné realimentaci zpravidla reverzibilní. K neurologickým komplikacím řadíme ještě tzv. otlakové parézy (ochrnutí z útlaku nervu), které však nejsou spojeny s deficitem jednoho konkrétního nutrientu (živiny), ale celkově s malnutricí (podvýživou). Nejčastější lokalizací otlakové parézy je kmen *nervus peroneus* v křížení s lýtkovou kostí, k němuž vede nedostatek podkožního tuku a atrofie (ochabnutí) lýtkového svalu (Papežová, 2010).

7.8 PORUCHY SPÁNKU

Jak spánek, tak příjem potravy je řízen hypotalamickými centry. Mezi poruchy můžeme zařadit NES - syndrom nočního ujídání. Spočívá v nadměrném příjmu kalorického jídla těsně před spaním, při nočních probuzeních a bez pocitu hladu. SRED, neboli porucha příjmu potravy vázaná na spánek, se projevuje mimovolním příjmem potravy během noci. Úroveň vědomí může být různá, ráno je většinou amnézie. Konzumace není vyvolána hladem, je neřízená a jsou konzumována kalorická jídla a někdy i nepoživatelné a toxické látky, kupř. syrové maso, zrnková káva nebo cigarety. Někteří pacienti během noci vaří, což je spojeno s rizikem požáru, popálení nebo konzumace horkého jídla. Obecně mají nemocní s PPP zkrácenou fázi REM spánku (Papežová, 2010).

8 LÉČBA

Léčba poruch příjmu potravy by měla být brána ze širokého, bio-psycho-sociálního aspektu. Každá správná léčba by měla být komplexní a flexibilní, navazovat na správnou diagnózu, léčit příčiny i následky onemocnění, být diferencovaná a individualizovaná podle potřeb pacienta.

Zásadní význam pro léčbu má výběr adekvátního psychoterapeutického přístupu ve správné chvíli. Tím rozumíme, že musíme přesně podle stádia, ve kterém se pacient nachází, podle jeho zdravotního stavu a motivace k léčbě exaktně určit, která intervence mu přinese největší přínos. Kupříkladu u pacientky s AN s velmi kritickou váhou musí dojít nejdříve k realimentaci, aby vůbec zvládla následující psychoterapii. Léčba PPP rozhodně není léčbou jednooborovou, jednoho lékaře. Podílí se na ní celé spektrum pracovišť a odborníků. Jako první se s nemocným setká praktický lékař, který léčí somatické poruchy a měl by doporučit další léčbu. Mezi odborníky patří psychologové a psychiatři, internisté a endokrinologové, gynekologové, stomatologové a specialisté v nutričním poradenství. Léčba dospělých je založena na dobrovolné spolupráci a motivaci k terapii, takže méně závažné formy onemocnění mohou být léčeny ambulantně, svépomocí, v terapeutických skupinách. U dětí adekvátní spolupráce těžko dosáhneme, a tak se doporučuje hospitalizace na psychiatrickém oddělení se specialisty. Stejně tak se postupuje u dospělých se závažnější formou onemocnění (Papežová, 2010; Papežová, 2003; Krch, 2005, Krch, 2008; Ladishová, 2006).

8.1 CÍLE

Obecně by měla terapie flexibilně odpovídat na reakce pacienta na léčbu, podle vývoje onemocnění a terapeutického vztahu by se měly měnit i léčebné postupy. Péče by měla být koordinovaná a návazná, jednotliví odborníci by měli spolupracovat a léčit současně (Papežová, 2010; Krch, 2005). U mentální anorexie je cílem úprava hmotnosti pokud možno do normy, minimálně však do navození menstruace a normální ovulace u žen a navrácení sexuální touhy mužů. Dále by se mělo změnit jídelní chování a postoj k jídlu, vnímání tělesné hmotnosti a sebehodnocení. K tomu by se léčba měla zabývat odstraněním následků malnutrice a poruch nálady, prevencí relapsu. Terapie u mentální bulimie je zaměřená na redukci záchvatů přejídání a zvracení a na stanovení

a akceptování optimální hmotnosti. Je nutno zvolit přiměřenou tělesnou aktivitu a léčit komorbiditu onemocnění (Papežová, 2010; Krch, 2005).

8.2 DRUHY ZAŘÍZENÍ

HOSPITALIZACE

Tento typ terapie je vhodný zejména v případech, kdy je nutná lékařská stabilizace, nebo tehdy, když předchozí léčebné metody nebyly úspěšné. Hospitalizaci vyžadují anorektičky, pro které není kvůli jejich velmi nízké hmotnosti vhodná ambulantní péče, nebo u kterých již jiný způsob léčby byl bez pozitivního výsledku vyzkoušen. U bulimiček je hospitalizace indikována, pokud mají sebevražedné sklony, užívají drogy nebo alkohol a u kterých se během adekvátní ambulantní léčby nezlepšil jejich chaotický jídelní režim (Papežová, 2010; Krch, 2005).

LŮŽKOVÁ ZAŘÍZENÍ

Na psychiatrické lůžkové odd. jsou přijímány pacientky s výraznými komorbiditami nebo ty, pro které nejsou specializované programy dostupné. Měla by zde fungovat jak krátkodobá léčba akutních případů, tak střednědobá léčba pro opakované pobyty. Dlouhodobou péči se specializovaným personálem a rehabilitačním programem pro pacientky, kterým nepomohl krátkodobý pobyt v léčebně a které nejsou schopny návratu do samostatného života, bohužel nemáme (Papežová, 2010; Krch, 2005).

AMBULANTNÍ PÉČE

Podmínkou fungování specializovaných ambulantních zařízení je spolupráce s léčebným týmem zaměřeným na psychosomatiku a psychoterapii. Do ambulance se pacienti nejčastěji dostávají od svých obvodních lékařů či pediatrů. Spadají sem nekomplikované případy mentální anorexie i bulimie (Papežová, 2010; Krch, 2005).

DENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionáře tvoří mezistupeň mezi ambulantní péčí a hospitalizací. U nás zatím nejsou moc rozšířeny, ale v zahraničí tvoří podstatnou část komplexní péče o pacienty s PPP. Denní centrum poskytuje specializovaný program pro téměř všechny pacienty. Doporučuje se jako pokračovací léčba po hospitalizaci, neboť jsou zde pacienti mnohem více zapojeni do sociálních rolí a snáze se poté zcela vrátí do normálního života (Papežová, 2010; Krch, 2005).

8.3 HLAVNÍ DRUHY TERAPIÍ

Způsobů, jak léčit poruchy příjmu potravy, je mnoho. Pacientka je ta, která by měla mít možnost si definitivně vybrat druh léčby. Odborník by pak měl zvolit její vhodnost, popřípadě řádně zdůvodnit nevhodnost a dospět s pacientkou ke společnému cíli a řešení. Ve většině případů dochází ke kombinaci jednotlivých druhů terapií.

NUTRIČNÍ TERAPIE

Nutriční terapie je součástí komplexní léčby PPP, avšak v ojedinělých případech, zejména u těžkých stavů mentálních anorektiček, je ze začátku léčbou samostatnou. Nutriční specialista vede pacientky ke správné životosprávě na základě pečlivě sestaveného jídelníčku, který by měl splňovat všechny podmínky pro optimální fungování organismu. Počáteční realimentace těžkých stavů musí být velmi pozvolná, jinak může dojít k závažným obtížím popsaným v kapitole o zdravotních komplikacích (Papežová, 2010; Krch, 2005).

FARMAKOTERAPIE

U PPP není farmakologie léčbou první volby. Žádná látka není tak účinná, aby sama působila bez psychoterapeutické intervence. Nejčastěji jsou využívána antidepresiva, antipsychotika a látky regulující chuť k jídlu. Lékem první volby pro mentální bulimii je antidepresivum Prozac, které je také slibným prostředkem při prevenci relapsu mentální anorexie (Papežová, 2010; Krch, 2005).

PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie patří mezi nejčastěji využívanou formu terapie u PPP. Radíme sem terapii individuální, skupinovou a rodinnou. Dále interpersonální terapie, psychoedukace, motivační terapie a kognitivně-behaviorální terapie (Papežová, 2010). Vomastek v knize *Z deníku anorektika* uvádí, že je nejefektivnější dělat autogenní trénink (navozená relaxace) dopoledne (Vomastek, 2000).

8.4 PŮSOBNOST

INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Individuální terapie je formou léčby, jež se využívá u pacientů s mírnými formami onemocnění, kteří pod správným vedením terapeuta jsou schopni se vyléčit svépomocí.

Pacient a terapeut se setkávají při konzultacích, kde terapeut zaujímá pozici pouze naslouchajícího a nechává pacienta vyprávět bez udílení nějakých instrukcí. To velmi napomáhá pacientovi v hodnocení situace, sebehodnocení, a pokud pacient sám odhalí problém, je to polovina úspěchu k jeho vyřešení. Dobrým pomocníkem je vedení deníku, který je pravidelně poté diskutován s terapeutem (Krch, 2005; Papežová, 2010).

SKUPINOVÁ TERAPIE

Skupinu tvoří pacientky se stejným problémem, které se mezi sebou navzájem stydí méně než u psychoterapeuta a mohou tak diskutovat o svých zkušenostech s nemocí, aktuálních pocitech, výsledcích léčby a o všem, co je s PPP spojeno. Odborník, vedoucí skupiny, je zde především pro zodpovězení otázek a usměrňování hovorů hlavně k tématu (Papežová, 2010; Krch, 2005). Podtypem skupinové terapie jsou svépomocné skupiny. Zkušenosti a rady ostatních členů jsou nezávazné, a proto bývají často snáze přijímány než stejné rady od odborníků či rodiny. Na úrovni péče ve svépomocné skupině se velmi podílí kvalifikace supervizora. V některých případech onemocnění může být však výhodou, pokud je skupina vedena pouze laiky, nebo je zcela bez vedení. Svépomocné skupiny jsou hojně využívány zejména u atypických případů onemocnění, pro která nemáme jinou adekvátní péči (Baeck, 2011).

RODINNÁ TERAPIE

Tato forma je vhodná převážně pro děti a mladší adolescenty, kteří by absencí rodiny těžko snášeli a u kterých podpora a péče rodiny je nedílnou částí úspěchu vyléčení a prevencí relapsu. Rodinné terapie se účastní jak sám nemocný, tak oba rodiče a pokud možno i všichni sourozenci a jejím cílem je pozitivní změna rodinného prostředí a pochopení nemocného rodinnými příslušníky. Občas je ale právě situace v rodině jednou z pohnutek k anorexii, a tak pouze oddělení pacientky od rodiny povede k zdárné terapii (Papežová, 2010; Krch, 2005).

8.5 TERAPEUTICKÉ DISCIPLÍNY

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE - KBT

Hlavně u mentální bulimie vede KBT v 60 % k úplné remisi. Jako všechny metody se KBT vyvíjela a dospěla do fáze, kdy je zaměřená nejen na váhu, tvar těla a držení diet, ale také na interpersonální vztahy a emoce pacientek, jejich sebepojetí, sebehodnocení

a typické chování. Pacientky jsou směřovány k poznávání svých pocitů a postojů k vlastnímu tělu a k jejich zvládání. Pacientky si vedou pečlivý záznam o jídle, jehož součástí je také záznam o zvracení a popsání pocitů s tím spojených (Papežová, 2010; Krch, 2005).

INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE - IPT

IPT by se měla zařazovat u pacientů s přetrvávajícími příznaky. Řeší interpersonální vztahy, nízké sebevědomí a nízkou frustrační toleranci. Aplikuje se především u bulimiček s komorbidní poruchou osobnosti a je zaměřena na nácvik zvládání stresu a ovládání afektů (Papežová, 2010; Krch, 2005).

MOTIVAČNÍ TERAPIE

Je krátkodobá doplňková terapie realizovaná obvykle ve čtyřech sezeních. Vede kupříkladu k motivaci ke zdravé stravě, přiměřenému cvičení nebo odvykání kouření (Papežová, 2010; Krch, 2005).

PSYCHOEDUKACE

Je vhodná pro všechna onemocnění. Pravdivě a reálně informuje pacienty a jejich rodiny o nepříznivých následcích hladovění a držení nesprávných diet a o důležitosti dostatečné tělesné hmotnosti a významu tukové tkáně (Papežová, 2010; Krch, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 METODIKA VÝZKUMU

9.1 CÍLE A PODCÍLE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjištění míry informovanosti studentů zdravotnických oborů a široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy a následné porovnání získaných výsledků mezi těmito skupinami. Zaměřila jsem se na to, zda se naplní obecný předpoklad, že budou studenti zdravotnických oborů na mé otázky odpovídat zasvěceněji než veřejnost.

Stanovila jsem si dílčí cíle, ke kterým se vztahují jednotlivé otázky mého dotazníku.

CÍL 1: Zjistit, zda respondenti vědí, která onemocnění patří mezi poruchy příjmu potravy, jaké jsou možnosti jejich léčby a zda znají, kde vyhledat informace. K tomuto cíli se vztahují otázky číslo 5, 6, 12 a 14.

CÍL 2: Zjistit znalosti respondentů ohledně faktorů, které mohou podnítit vznik poruch příjmu potravy a zda dokáží vyjmenovat, jakými způsoby u těchto nemocných dochází k úmyslnému snížení hmotnosti. K tomuto cíli patří otázky číslo 7 a 13

CÍL 3: Zjistit, zda respondenti umí určit charakteristické a typické znaky, projevy a faktory konkrétně pro onemocnění mentální anorexii a mentální bulimii. Pod tento cíl spadají otázky číslo 8, 9, 10 a 11.

Otázky 1, 2, 3 a 4 jsou demografické a slouží k charakteristice výzkumného vzorku.

9.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 80 respondentů. Z toho 40 studentů a studentek vysokých škol se zdravotnickým zaměřením. Konkrétně 20 studentek oboru všeobecná sestra na 1. LF UK, které byly ve třetím ročníku, nebo právě dokončily studium a 19 studentek a jeden student oboru nutriční terapeut na 1. LF UK, kteří též studovali třetí ročník, nebo byli právě po škole. Až na jednu studentku, která uvedla věk v rozmezí od 26 do 35 let, byly všechny studentky a jeden student věku mezi 18 a 25 lety. Druhou část zkoumaného vzorku tvořilo dvacet žen a dvacet mužů z široké veřejnosti, kteří neměli

nic společného se zdravotnictvím. Respondenti byli všech věkových kategorií, nejrozumnějších stupňů vzdělání a různorodých profesí. Necelá polovina respondentů byla starší 36 let, dvaadvacet respondentů uvedlo svůj věk do 35 let.

9.3 ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro sběr dat k praktické části mé práce jsem zvolila kvantitativní metodu. Vytvořila jsem anonymní dotazník o 14 otázkách, jehož znění je v příloze. Dotazník zkoumal informovanost o poruchách příjmu potravy u čtyřiceti studentů a studentek vysokých škol zdravotnického zaměření a u čtyřiceti respondentů z široké veřejnosti. Svým respondentům jsem dotazníky distribuovala z velké části e-mailem. Pouze malý počet dotazníků jsem rozdala v papírové podobě. Celkem jsem oslovila 100 respondentů, vrátilo se mi 93 odpovědí, tudíž návratnost činila 93 %. Několik dotazníků jsem pro jejich neúplnost však musela vyřadit. Dále jsem do zpracování nezařadila dva dotazníky, které vyplnili pracovníci ve zdravotnictví, neboť jsem si stanovila, že respondenti z veřejnosti nebudou mít nic společného se zdravotnictvím. Ke zpracování jsem tak měla 89 dotazníků. Použila jsem prvních osmdesát dotazníků splňujících mé podmínky.

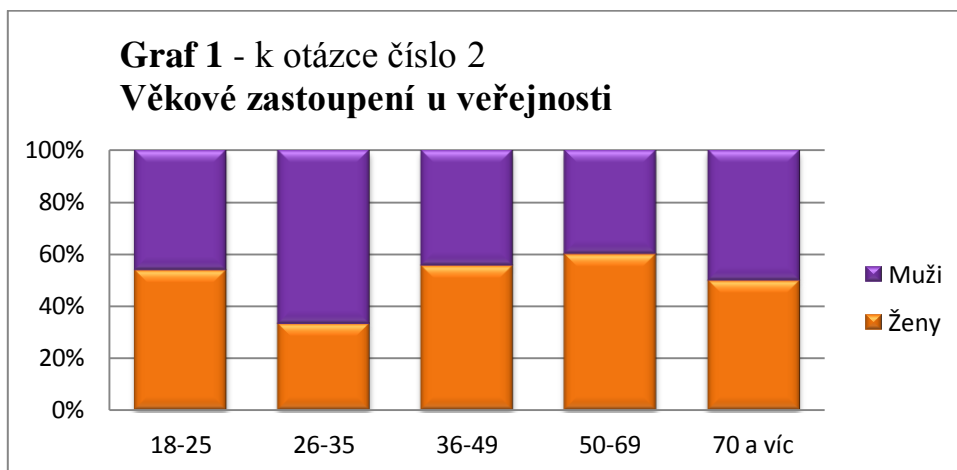
10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Otázka číslo 1 - Pohlaví

Z celku 80 respondentů bylo 20 žen z veřejnosti, 20 všeobecných sester (dále jen VS), 19 nutričních terapeutek (dále jen NT), mužů bylo 20 z veřejnosti a jeden NT. Celkem tvořily ženy 73,75 % celku, muži 26,25 %.

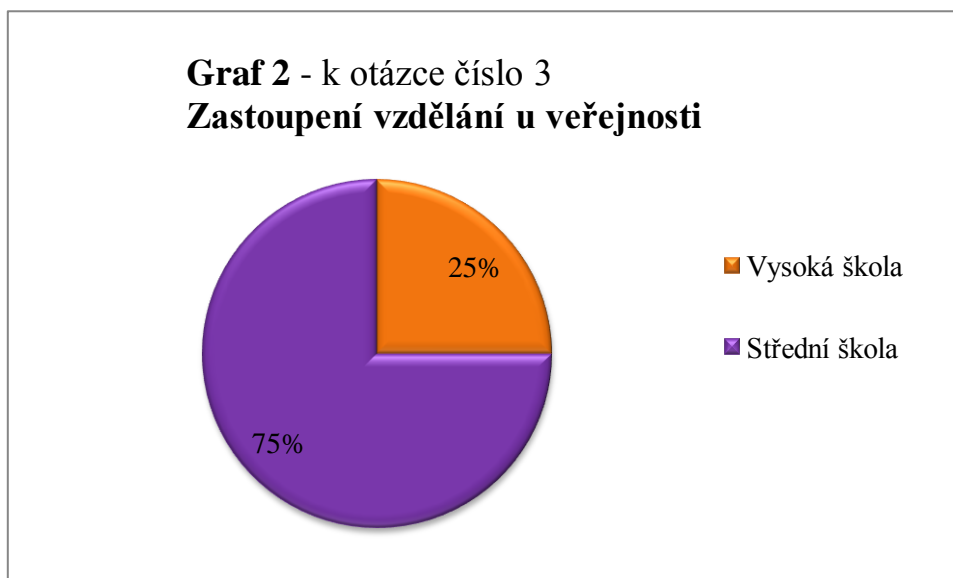
Otázka číslo 2 - Věk

Tabulka 1 - k otázce číslo 2					
Věkové zastoupení					
	Ženy	Muži	NT	VS	%
18-25	7	6	19	20	65,00 %
26-35	3	6	1	0	12,50 %
36-49	5	4	0	0	11,25 %
50-69	3	2	0	0	6,39 %
70 a víc	2	2	0	0	5,00 %



Sloupcový graf ukazuje věkové zastoupení pouze u žen a mužů z veřejnosti, neboť uváděný věk druhé části respondentů, tj. zdravotníků, byl uváděn v 97,50 % v rozmezí 18-25 let. Věk 70 a více let byl zastoupen přesně 1:1, dvě ženy, dva muži. Jediný větší rozdíl byl v kategorii 26-35 let, ve které bylo dvakrát více mužů než žen. Ostatní věkové kategorie byly téměř vyrovnané, žen bylo vždy mírně víc.

Otázka číslo 3 - Vzdělání



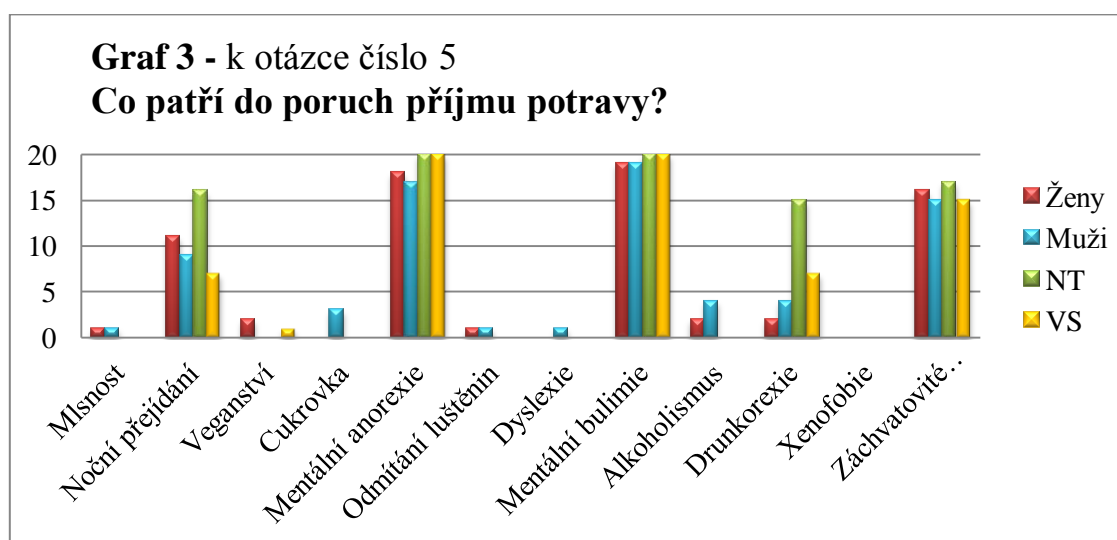
Je zřejmé, že VS a NT mají vysokoškolské vzdělání. U respondentů z veřejnosti bylo dosažené středoškolské a vysokoškolské vzdělání v poměru 3:1. Tedy 30 občanů mělo středoškolské vzdělání s maturitou nebo bez maturity, 10 občanů vystudovalo vysokou školu.

Otázka číslo 4 - Skupina

Otázka sloužila pouze pro rozlišení dotazníků. Skupiny byly záměrně vybrány. Osmdesát respondentů činilo 20 žen, 20 mužů, 20 studentek oboru všeobecná sestra a 20 osob z oboru nutriční terapie.

Otázka číslo 5 - Které poruchy podle vás patří do poruch příjmu potravy?

Tabulka 2 - k otázce číslo 5				
Které poruchy podle vás patří do poruch příjmu potravy?				
	Ženy	Muži	NT	VS
Mlsnost	1	1	0	0
Noční přejídání	11	9	16	7
Veganství	2	0	0	1
Cukrovka	0	3	0	0
Mentální anorexie	18	17	20	20
Odmítání luštěnin	1	1	0	0
Dyslexie	0	1	0	0
Mentální bulimie	19	19	20	20
Alkoholismus	2	4	0	0
Drunkorexie	2	4	15	7
Xenofobie	0	0	0	0
Záchvatovité přejídání	16	15	17	15



V grafu 3 k otázce číslo 5, týkající se poruch příjmu potravy, pouze nutriční terapeuti a všeobecné sestry stanovili v celých 100 % (40 osob) *mentální anorexii a mentální bulimii* jako poruchy patřící do poruch příjmu potravy, ženy označily uvedené poruchy v 18 resp. 19 případech a muži v 17 resp. 19 případech. Další poruchy příjmu potravy (*noční nebo záchvatovité přejídání a drunkorexie*) byly správně uvedeny 16, 17, 15 NT, 11, 16, 2 ženami, 9, 15, 4 muži a 7, 15, 7 VS.

Otázka číslo 6 - Co je to drunkorexie

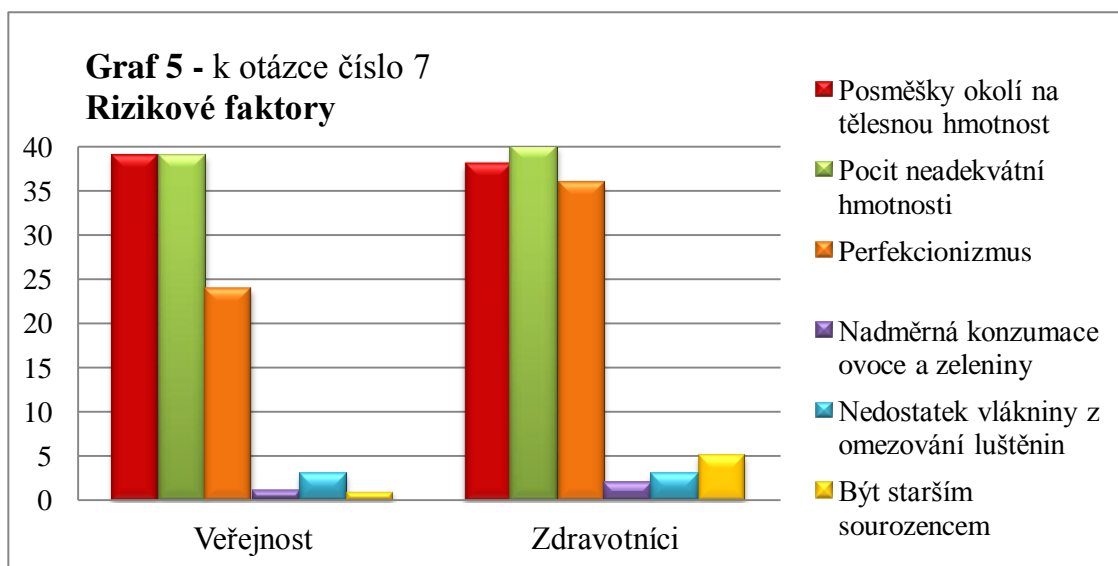
Tabulka 3 - k otázce číslo 6				
Co je to drunkorexie?				
	Ženy	Muži	NT	VS
Nevím	18	17	9	14
Vím	2	3	11	6



Na otázku o znalosti pojmu *drunkorexie* uvedla veřejnost možnost NEVÍM v pětatřiceti případech a možnost VÍM v pěti případech. Zdravotníci zvolili variantu NEVÍM ve třiadvaceti případech, variantu VÍM zapsalo sedmnáct osob. Termín *drunkorexie* správně vysvětlilo celkem 27,50 % dotazovaných.

Otázka číslo 7 - Jaké faktory mohou vést k poruše příjmu potravy?

Tabulka 4 - k otázce číslo 7				
Jaké faktory mohou vést k poruše příjmu potravy?				
	Ženy	Muži	NT	VS
Nadměrná konzumace ovoce a zeleniny	0	1	0	2
Pocit neadekvátní hmotnosti	19	20	20	20
Nedostatek vlákniny z omezování luštěnin	2	1	0	3
Posměšky okolí na tělesnou hmotnost	20	19	20	18
Perfekcionismus	10	14	20	16
Být starším sourozencem	1	0	1	4



V otázce č. 7 týkající se rizikových faktorů vedoucích k poruše příjmu potravy se názory veřejnosti a zdravotníků zásadně nelišily, vyjma položky *perfekcionismus*. Tento příznak označilo za rizikový 36 zdravotníků proti 24 lidem z veřejnosti. Dále se k možnosti ovlivnění v případě *starších sourozenců* více přikláněli zdravotníci (5 osob), zatímco u veřejnosti se tak domnívá pouze 1 osoba.

Otázka číslo 8 - Které věkové rozmezí je typické pro vznik mentální anorexie?

Z nabídnutých možností věkových rozmezí (7-11 let, 13-19 let, 24-29 let) všichni respondenti zaškrtnli variantu 13-19 let.

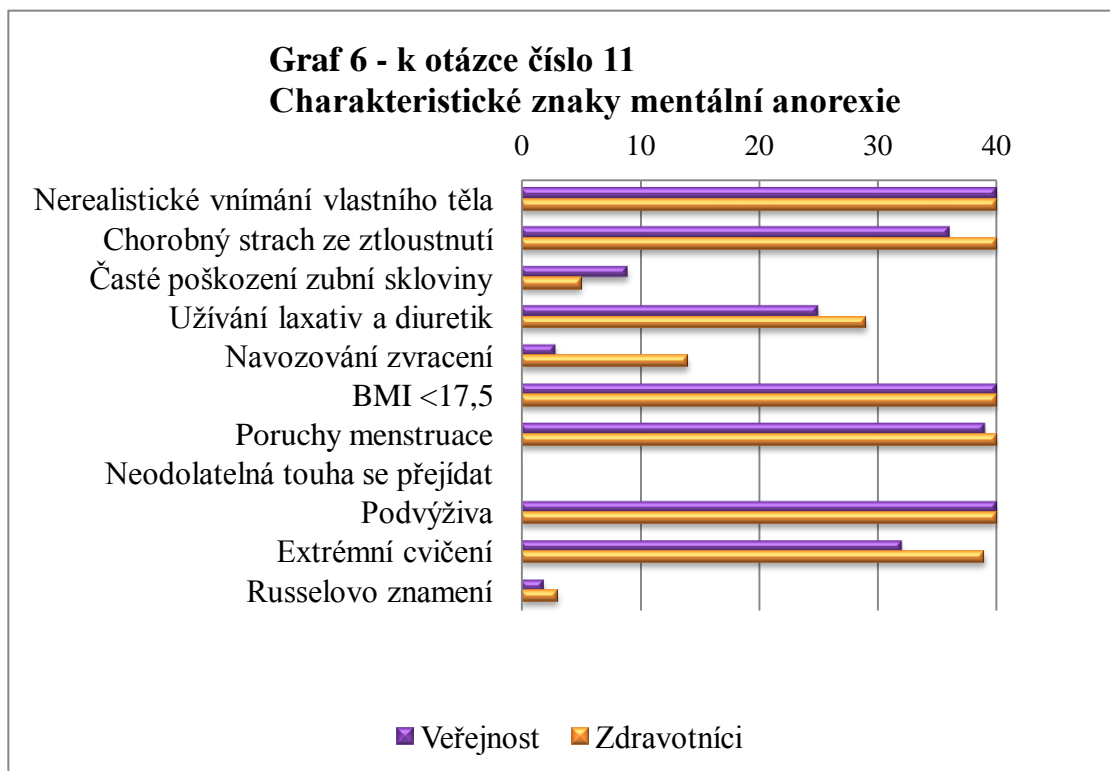
Otázka číslo 9 - Zaškrtněte správný výrok o mentální anorexii

Z nabídnutých možností: *Mentální anorexie je onemocnění zažívacího traktu, při kterém nemocný ztrácí chuť k jídlu a nepřírozeně hubne, Mentální anorexie je psychické onemocnění převážně u dospívajících dívek, které ze strachu ze ztloustnutí drasticky snižují svoji hmotnost a Mentální anorexie je onemocnění typické pro matky na rodičovské dovolené, které mají depresi z toho, že ještě nezhubly kila po porodu*, zvolilo 100 % respondentů správnou druhou možnost.

Otázka číslo 10 - Zaškrtněte správný výrok o mentální bulimii

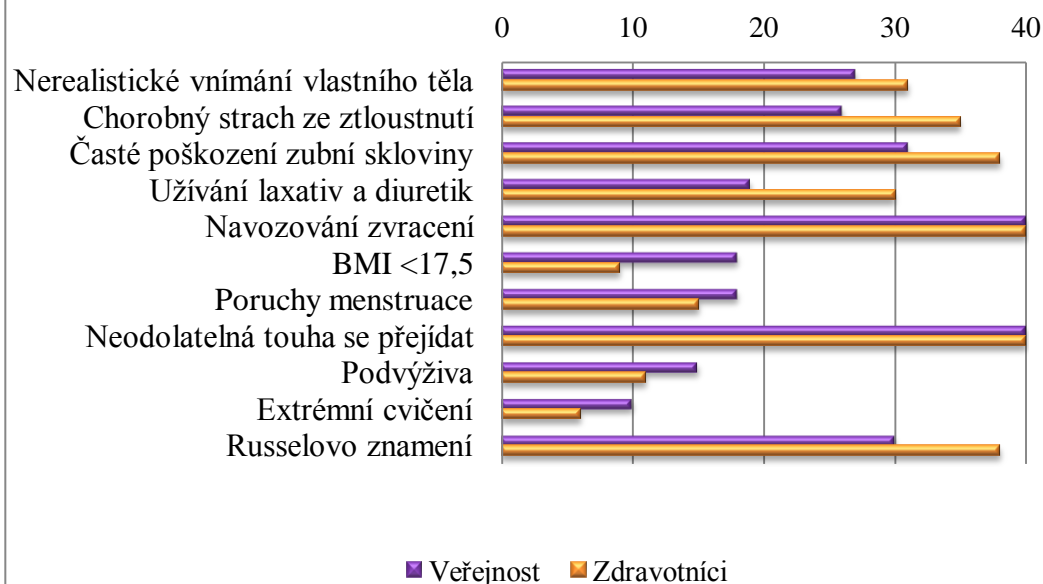
Z možností *Mentální bulimie je psychosomatická porucha projevující se záchvaty nadměrného příjmu potravy, po nichž následuje navozené zvracení, Mentální bulimie je tzv. „nemocí z posilovny“, kdy sportovci jedí hodně masa a užívají látky pro nárůst svalové hmoty, čímž jejich tělo mohutní a Mentální bulimie je onemocnění, při kterém pacientky pozřívají velká sousta bez kousání, tzv. bolusy* zvolilo 100 % respondentů správnou první možnost.

Otázka číslo 11 - Charakteristické znaky pro onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie



Charakteristické znaky mentální anorexie ve většině případů správně určili jak zdravotníci, tak veřejnost. Pouze u *navozování zvracení* označili tento faktor jako charakteristický jen 3 osoby z řad veřejnosti oproti 14 zdravotníkům. *Neodolatelnou touhu se přejídat* nezaškrtl ani jeden respondent, *Russelovo znamení* či *časté poškození zubní skloviny* uvedli 3, resp. 5 zdravotníků a 2, resp. 9 osob z řad veřejnosti.

Graf 7 - k otázce číslo 11
Charakteristické znaky mentální bulimie



U mentální bulimie dva základní znaky (*navozování zvracení a neodolatelnou touhu se přejídat*) určilo správně 100 % dotazovaných, a to jak z řady veřejnosti, tak zdravotníků. U ostatních charakteristických znaků vyzněly správné možnosti ve prospěch zdravotníků, když dobře odpovědělo v průměru o 29 % více odborníků než laiků. Naopak nesprávně určilo položky: *BMI < 17,5, poruchy menstruace, podvýživu a extrémní cvičení* jako charakteristické znaky o 48 % více veřejnosti než zdravotníků.

Otázka číslo 12 - Správné tvrzení o léčbě poruch příjmu potravy

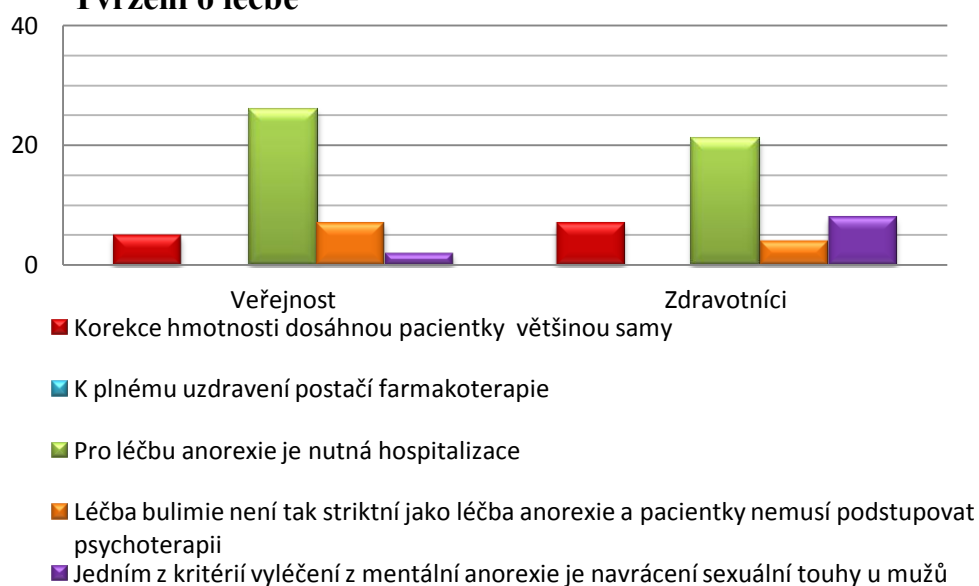
Tabulka 5 - k otázce číslo 12

Tvrzení o léčbě

	Ženy	Muži	NT	VS
Korekce hmotnosti dosáhnou pacientky většinou samy	1	4	3	4
K plnému uzdravení postačí farmakoterapie	0	0	0	0
Pro léčbu anorexie je nutná hospitalizace	14	12	10	11
Léčba bulimie není tak striktní jako léčba anorexie a pacientky nemusí podstupovat psychoterapii	4	3	2	2
Jedním z kritérií vyléčení z mentální anorexie je navrácení sexuální touhy u mužů	1	1	5	3

Graf 8 - k otázce číslo 12

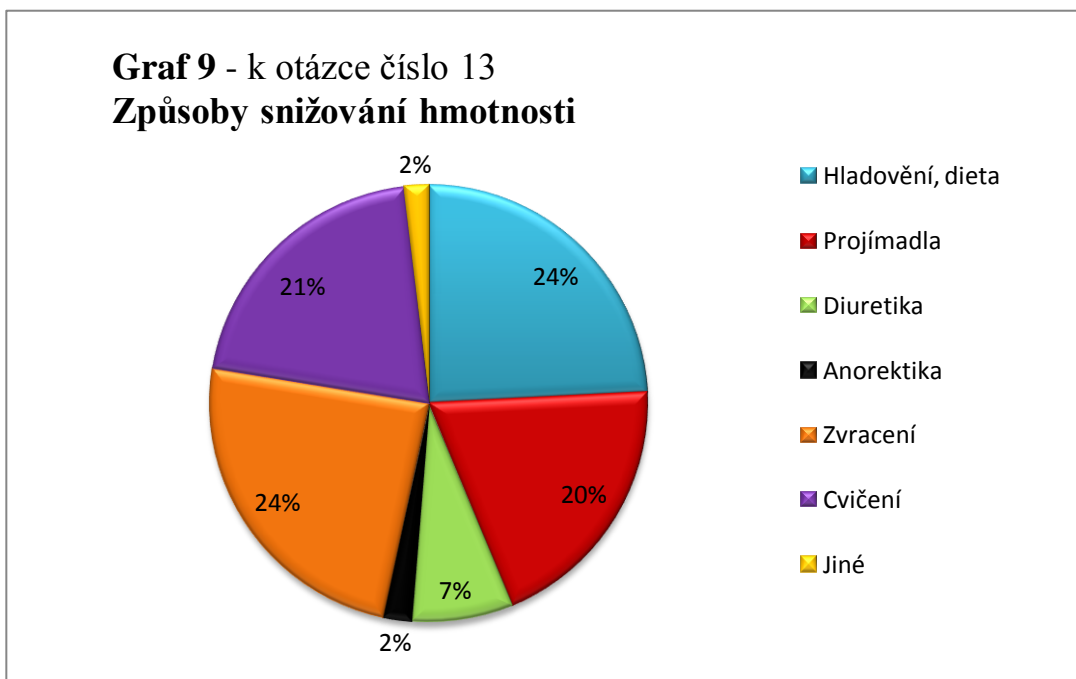
Tvrzení o léčbě



Na otázku ohledně možnosti léčby odpovídali téměř shodně zástupci obou sledovaných skupin, kdy jako domnělou správnou odpověď určili, že *pro léčbu anorexie je nutná hospitalizace*. Správně však je možnost D), kterou veřejnost označila pouze ve dvou případech (druhý nejnížší počet hlasů) a zdravotníci v osmi případech (druhý nejvyšší počet odpovědí). Možnost, že *k plnému uzdravení postačí farmakoterapie*, nevyznačila žádná z dotázaných osob.

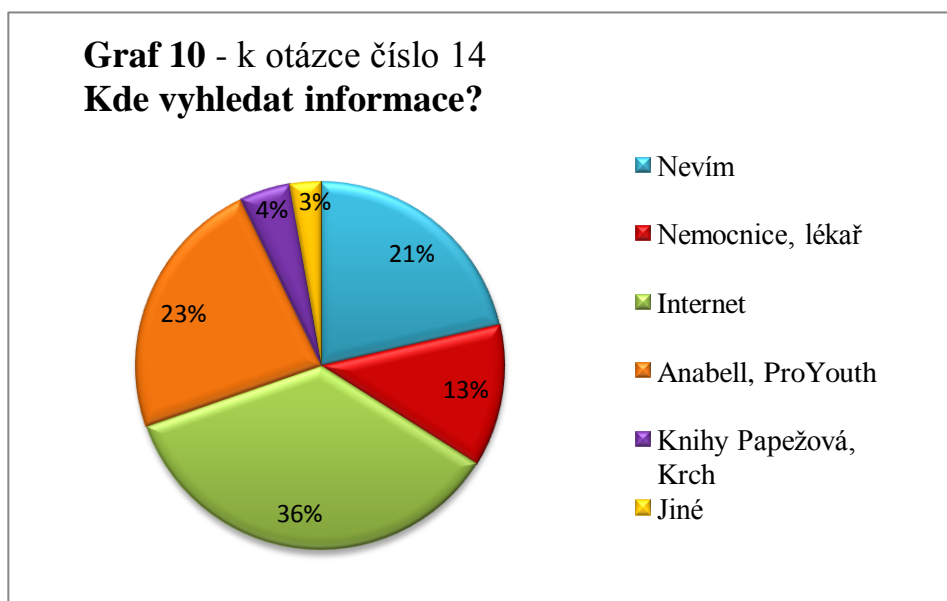
Otázka číslo 13 - Způsoby úmyslného snižování hmotnosti

Tabulka 6 - k otázce číslo 13 Způsoby snižování hmotnosti				
	Ženy	Muži	NT	VS
Hladovění, dieta	19	16	17	16
Projímadla	10	11	18	16
Diuretika	1	2	14	4
Cvičení	14	9	19	16
Zvracení	19	13	17	19
Anorektika	0	0	5	1
Jiné	1	2	2	0



Způsoby snižování hmotnosti jsou nejvíce zastoupeny čtyřmi možnostmi (*projímadla, cvičení, hladovění/dieta a zvracení*), které dotazovaní uvedli vždy ve 20-25 % případů. Méně názorů (2 % resp. 7 %) připadá na *anorektika, diuretika a jiné*.

Otázka číslo 14 - Kde hledat informace o poruchách příjmu potravy?



Více než jedna třetina dotazovaných by informace k poruchám příjmu potravy hledala na *internetu*, 27 % uvedlo jmenovitě organizaci/program (*Anabell, Pro Youth*) či konkrétní odbornou literaturu/autora (*knihy Papežová, Krch*). Na *nemocnici* či *lékaře* by se obrátilo 13 % tázaných, zbývajících účastníků výzkumu (21 % resp. 3 %) *nevěděli*, resp. zvolili *jinou možnost*.

DISKUZE

První čtyři otázky v dotazníku byly demografického zaměření. Záměrně jsem získávala odpovědi od dvaceti žen a dvaceti mužů z veřejnosti, skupinu dvaceti všeobecných sester (dále jen VS) tvořily pouze ženy, z dvaceti nutričních terapeutů (dále jen NT) bylo devatenáct žen a jeden muž. V mém vzorku bylo 59 (73,75 %) žen a 21 (26,25 %) mužů. Je to dáno tím, že zvolené zdravotnické obory, až na výjimky, studují pouze ženy. Jen v kategorii veřejnost bylo možné stejné zastoupení obou pohlaví.

Čtyřicet respondentů z řad studentů velmi snížilo věkový průměr všech respondentů. Do kategorie 18-25 let se zařadilo 97,50 % studentů. Snažila jsem se tedy vybrat respondenty z veřejnosti v ostatních věkových kategoriích, které byly nakonec docela vyrovnané. Zastoupení se objevilo i v nejstarší kategorii +70 let, a to konkrétně u dvou žen a dvou mužů.

Ze zvoleného vzorku vyplývá, že při srovnání všech respondentů, co se týče míry vzdělání, velmi převyšuje vzdělání vysokoškolské. Opět je to dáno 40 studenty vysokých škol. Zaměřím-li se pouze na respondenty z veřejnosti, poměr se mi obrátí. Středoškolské vzdělání s maturitou nebo bez maturity uvedlo třicet ze čtyřiceti respondentů z veřejnosti, tedy 75 %. Vysokoškolské vzdělání uvedlo deset, tedy 25 % respondentů. Otázka byla zaměřena nejen na zjištění dosaženého stupně vzdělání, ale také na jeho obor. Nejruznější vzdělávací obory, které mi byly respondenty uváděny, zde není potřeba vypisovat, neboť posloužily hlavně mně, abych mohla z vyplněných dotazníků vyškrtnout respondenty z veřejnosti, kteří měli něco společného se zdravotnictvím, a také abych měla potvrzeno, že můj vzorek byl, co se týče vzdělání a oborů, všestranný.

Rozdělení respondentů do skupin mělo převážně identifikační a orientační význam pro zpracovávání dotazníků. Skupiny byly záměrně vybrány v počtu 20 studentů oboru všeobecná sestra, 20 studentů oboru nutriční terapie a 20 žen a 20 mužů z veřejnosti.

Pátá otázka byla zaměřená na to, zda respondenti správně určí, která onemocnění a poruchy patří do poruch příjmu potravy. Z nabízených možností patřilo do poruch příjmu potravy pouze pět z nich. Špatné možnosti byly zaškrťovány jen zřídka, zaškrtno

je vždy méně než 8 % respondentů. Odpověď *mentální bulimie* a *mentální anorexie* správně zvolilo 100 % studentů zdravotnických oborů, z veřejnosti zaškrtnulo více lidí mentální bulimii, ale počty odpovědí mezi mentální bulimií a mentální anorexií byly celkem vyrovnané. Možnost *záchvatovitěho přejídání* zvolil obecně menší počet respondentů, ale mezi zdravotníky a veřejností byl jen nepatrný rozdíl. U posledních dvou správných možností (*nočního přejídání* a *drunkorexie*) již byly rozdíly mezi odpovídáním zdravotníků a veřejnosti markantní. Drunkorexií, jako poruchu příjmu potravy, zvolilo 80 % NT, VS bylo 35 % a veřejnosti 22 %. Zajímavé je, že poslední správnou možnost, a to *noční přejídání*, zvolilo opět velké procento NT, ale VS si vedly o poznání hůře i než veřejnost. Možnosti, které do poruch příjmu potravy nepatřily, byly sice zaškrťovány zřídka, ale kupříkladu i jedna všeobecná sestra zaškrtnula jako poruchu příjmu potravy veganství.

K otázce číslo 5 se vztahovala i otázka číslo 6, zda respondenti vědí, co je to drunkorexie. Zatímco v předchozí otázce zařadilo drunkorexií mezi poruchy příjmu potravy 28 respondentů, to, že ví, co pojem znamená, uvedlo jenom 22 respondentů. V některých případech i respondenti správně napsali vysvětlení pojmu drunkorexie, ale do poruch příjmu potravy ho nezařadili. Všichni ti, kteří uvedli vysvětlení termínu drunkorexie, ho uvedli správně. Jednalo se o 5 (12,50 %) dotázaných z veřejnosti a 17 (42,50 %) zdravotníků.

Sedmá otázka se týkala faktorů, které mohou svým působením zvýšit riziko vzniku poruch příjmu potravy. Z šesti možností byly tři správné a tři nikoli. Ani jednu z možností nezvolilo celých 100 % respondentů. Jednu jedinou možnost (*pocit neadekvátní hmotnosti*) zvolilo 100 % zdravotníků. Z veřejnosti tuto možnost volili téměř všichni, získala 97,50 % odpovědí. Další možnost, *posměšky okolí na tělesnou hmotnost*, získala téměř vyrovnaný počet odpovědí, více však od veřejnosti. Větší rozdíl byl u *perfekcionizmu*. Ten volilo jako rizikový faktor 60 % respondentů z veřejnosti a 90 % zdravotníků. Ze zbylých tří nepravdivých odpovědí žádná nepřekročila 7,50 % zodpovězení.

U osmé otázky, která se týkala typického rizikového věku pro vznik mentální anorexie, jsem se domnívala, že většina respondentů bude znát správnou odpověď. Výsledek byl

dokonce ještě lepší, než jsem předpokládala. Rozmezí 13 až 19 let uvedlo v dotaznících celých 100 % respondentů. Myslím, že znalost rizikového věku je jedním z důležitých kritérií pro správnou a včasnou diagnostiku mentální anorexie.

Devátá otázka byla zaměřená na to, co to vlastně mentální anorexie je. Myslím, že znalost pojmu je také jedním z hlavních kritérií správné diagnostiky. Respondenti mohli sice vybrat ze tří možností, ale myslím, že jejich základní znalost vymezení tohoto onemocnění je prokazatelná. Ani jeden z respondentů neodpověděl špatně. Všichni zaškrtnuli, že *mentální anorexie je psychické onemocnění převážně u dospívajících dívek, které ze strachu ze ztloustnutí drasticky snižují svoji hmotnost*. Stejně tak tomu bylo i u otázky následující, která se týkala vymezení pojmu mentální bulimie. I zde odpovědělo 100 % respondentů správně, že *mentální bulimie je psychosomatická porucha projevující se záchvaty nadměrného příjmu potravy, po nichž následuje navozené zvracení*.

Otázka číslo 11 se týkala charakteristických znaků pro onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie. Některá tvrzení byla platná pro obě z onemocnění. Pro přehlednost výsledků jsem vytvořila zvlášť graf pro mentální anorexii a zvlášť pro mentální bulimii. U anorexie se veřejnost se zdravotníky shodla v bodech *podvýživa, BMI, nerealistické vnímání těla a strach ze ztloustnutí*. Jedna z možností, a to *neodolatelná touha se přejídat*, se mezi odpověďmi správně nevyskytla ani jednou. Obecně odpovídali zdravotníci lépe než veřejnost. Překvapila mne však odpověď jedné z všeobecných sester, která nezaškrtnula pro anorexii *navozování zvracení*, ale zároveň uvedla jako její charakteristický znak tzv. „*Russelovo znamení*“, což je otlak na hřbetu ruky od zubů, vznikající navozováním zvracení. Jak jsem zjistila z poznámek pod dotazníkem, tak několika respondentům, nejčastěji nutričním terapeutům, přišly některé otázky nejednoznačné. Nutričním terapeutům chybělo rozdělení mentální anorexie na purgativní a restriktivní typ, takže mnohdy prý váhali, zda mohou *zvracení a užívání laxativ a diuretik* považovat za typické pro anorexii. Přesto 55 % NT možnost *navozování zvracení* zaškrtnulo a v této otázce se nejvíc rozcházelo od veřejnosti, kde tuto možnost zvolilo pouze 7,50 % respondentů. U mentální bulimie dva nejcharakterističtější znaky, a to *navozování zvracení a neodolatelná touha se přejídat*, zaškrtnulo správně jak 100 % zdravotníků, tak 100 % veřejnosti. Překvapivě hodně

respondentů (41,25 %) chybně uvedlo přítomnost poruch menstruace. Zarazilo mne také, že *užívání laxativ a diuretik*, které je typičtější pro mentální bulimii, uvedlo o 15 % více veřejnosti u mentální anorexie než mentální bulimie. *BMI nižší než 17,5* uvedlo 45 % veřejnosti a 22,50 % zdravotníků. *Podvýživu* uvedlo 37,50 % veřejnosti a 27,50 % zdravotníků. Ani jedno se však typicky u mentální bulimie nevyskytuje. Při komparaci těchto odpovědí mi přišlo zajímavé, že když celkem 26 respondentů zaškrtnulo *podvýživu* a 27 respondentů *BMI < 17,5*, tak by se zdálo, že jen prostě nevědí, že bulimičky nejsou vyhublé a podvyživené, ale v těchto pojmech mají jasno. Avšak při prozkoumání konkrétních odpovědí jsem zjistila, že v 18 případech (67,93 %) se tyto odpovědi rozcházejí. V 10 případech tedy respondent zaškrtnl *BMI*, ale nezaškrtnl *podvýživu*, a v 8 případech naopak zaškrtnl *podvýživu*, ale již ne *BMI*.

Zajímavé výsledky poskytla otázka číslo 12, respektive odpovědi na ni. Respondenti měli určit jedno ze správných tvrzení týkajících se léčby poruch příjmu potravy. Zvolila jsem tvrzení pravděpodobná a myslela si, že pokud si nebudou jisti pravdivou odpovědí, dostanou se k ní po postupném vyloučení nesprávných variant. Jednou z možností bylo *vyléčení pouhou farmakoterapií*. Toto tvrzení je chybné a je tedy v pořádku, že nedostalo ani jeden hlas. Měla jsem za to, že další možnost, a to že *korekce hmotnosti dosáhnou pacientky většinou samy*, nemůže být nikým zvolena. O to více mne překvapilo, že ji zaškrtnulo více zdravotníků než veřejnosti. Správnou odpověď, a to že *jedním z kritérií vyléčení mentální anorexie je navrácení sexuální touhy u mužů*, vědělo celkem 12,50 % respondentů. Konkrétně jedna žena, jeden muž, pět nutričních terapeutů a tři sestry. Nejčastější zvolenou odpovědí jak u veřejnosti, tak u zdravotníků byla možnost, že *pro léčbu anorexie je nutná hospitalizace*. Tuto možnost zvolilo celkem 58,75 % respondentů, z toho 55,86 % veřejnosti a 42,55 % zdravotníků.

Poslední dvě otázky byly otevřené. Respondenti měli napsat, jakými způsoby může dojít k záměrnému snižování hmotnosti a kde by hledali informace o poruchách příjmu potravy. Odpovědi, které se vyskytly pouze jedenkrát, jsou zařazeny v grafech pod pojmem *jiné*. U otázky číslo 12 měli dotazovaní vypsát minimálně tři způsoby, kterými si lidé s poruchou příjmu potravy mohou úmyslně snížit svoji hmotnost. Čekala jsem, že se mi budou vyskytovat převážně odpovědi, na které mohli přijít respondenti během vyplňování mého dotazníku. Zároveň jsem chtěla zjistit, jestli vymyslí i něco vlastního,

pravdivého anebo s jakou originalitou přijdou. *Užívání anorektik* uvedli pouze zdravotníci a ani těch nebylo mnoho. Nejčastěji bylo zmíněno *hladovění, držení diety*. Uvedlo ho celkem 85 % respondentů, z toho větší počet veřejnosti než zdravotníků. Dále se vyskytly odpovědi *projímadla, diuretika, extrémní cvičení a navozování zvracení*. Všechny tyto možnosti byly už nějak zmíněny v předcházejících otázkách dotazníku. A přesto všechny tyto 4 možnosti zaškrtnulo pouze 10 NT, 3 VS a žena a muž z veřejnosti. Do místa na poznámky pod otázkami v dotazníku mi několik respondentů napsalo, že je tato dvanáctá otázka hloupá, neboť samozřejmě všichni budou psát to, co přečetli v dotazníku. K mému údivu ani tito kritičtí respondenti nezaškrtnuli všechny možnosti, které se v dotazníku daly najít! Vyskytlo se i pár ojedinělých odpovědí, a to *liposukce, ostríhat vlasy „na kluka“, příjem kofeinu, manipulace s dávkami inzulinu* a jeden muž odpověděl, že *neví*, což si vykládám tak, že spíše neměl čas či nechtěl něco vymýšlet.

V poslední otázce měli respondenti opět volně uvádět, kde by hledali informace o poruchách příjmu potravy. Ze všech respondentů odpovědělo 21 %, že *neví*. Ostatní respondenti napsali minimálně jednu možnost, kde by informace hledali. Nejčastěji, v 36 %, byl zmiňován *internet*. Konkrétní organizaci *Anabell* zvolili pouze zdravotníci. Ale nečekala jsem to jinak. Také bych do té doby, než jsem se o problematiku poruch příjmu potravy začala více zajímat, neznala konkrétní jméno nějaké organizace. Nutriční terapeuti rovněž hojně uváděli program *ProYouth*. Konkrétní knihy konkrétních autorů též udávali vesměs nutriční terapeuti. Ukazuje se tedy, že mají velmi detailní znalosti.

Z prezentovaných výsledků je patrné, že mají zdravotníci, respektive nutriční terapeuti nadprůměrné znalosti v oblasti poruch příjmu potravy. Tento výsledek se dal předpokládat, neboť jejich studium by se touto problematikou mělo zabývat více než studium všeobecné sestry. U všeobecných sester nebyl výsledek tak dobrý jako u nutričních terapeutů. Sice spadající do skupiny zdravotníků dosáhli větší úspěšnosti než skupina veřejnosti, ale z převážné většiny to byla zásluha právě nutričních terapeutů. V mnoha otázkách se znalosti všeobecných sester nelišily od znalostí žen a mužů z veřejnosti, v některých otázkách na tom byly dokonce ženy a muži z veřejnosti lépe. Úspěšnost odpovědí dle stanovených dílčích cílů prokázala u cíle číslo

1, který se zabýval určením a léčbou poruch příjmu potravy a informacemi o nich, sice lepší znalosti zdravotníků, ale i úspěšnost veřejnosti nebyla nemalá. Například 65,50 % veřejnosti správně rozřadilo poruchy příjmu potravy, ze zdravotníků to bylo 78,50 %. Při srovnání žen a mužů byly úspěšnější ženy. Z odpovědí vztahujících se k cíli číslo 2, který zkoumal znalost rizikových faktorů a způsobů úmyslného snižování hmotnosti, jsem zjistila, že sice zdravotníci zaškrtovali zhruba o 15 % více správných odpovědí než veřejnost, na druhou stranu častěji než veřejnost zaškrtili i možnosti špatné. Lepší představu o rizikových faktorech měli muži. Osmá až jedenáctá otázka se vztahovaly ke konkrétním onemocněním, respektive k cíli číslo 3. Na tři ze čtyř otázek odpovědělo správně 100 % respondentů. Byly to obecné otázky na vysvětlení onemocnění mentální anorexie, mentální bulimie a určení typického rizikového věku pro mentální anorexii. Rozdíl přinesly až těžší otázky na charakteristiky obou onemocnění. Zdravotníci odpovídali lépe než veřejnost, z té odpovídaly lépe ženy než muži.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti žen a mužů z veřejnosti a studentů 1. LF UK oboru všeobecná sestra a nutriční terapie o poruchách příjmu potravy. Z dotazníkového průzkumu jsem zjistila, že nejčastějším prostředkem pro vyhledání informací o této problematice je internet. Myslím, že v tomto případě i na internetu snadno najdeme relevantní informace, ale doporučila bych se obrátit spíše na odborníky nebo odbornou literaturu, které jsou v knihovnách velké množství. Dotazník, který jsem vytvořila, byl podle mého názoru poměrně těžký. Zejména pro veřejnost. Bylo tomu tak proto, aby vynikly rozdíly mezi veřejností a zdravotníky. Co se informovanosti týče, hodnotím znalosti nutričních terapeutů jako velmi dobré. Všeobecné sestry, u kterých jsem očekávala srovnatelné znalosti s nutričními terapeuty, však prokázaly znalosti pouze na úrovni veřejnosti. Veřejnost byla v konkrétních těžkých otázkách podle očekávání méně úspěšná než zdravotníci, avšak v základních otázkách prokázala dobré znalosti této problematiky. Zjistila jsem však, že ani jedna skupina respondentů neměla dobrou představu o možnostech léčby. Myslím si tedy, že tato část problematiky poruch příjmu potravy by měla být více diskutována a osvětlována jak na veřejnosti, tak ve školách. Zejména pro obor všeobecná sestra by odborná přednáška o poruchách příjmu potravy byla přínosná.

POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE

BAECK, Sylvia et al. *Essstörungen: Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen*. [Popruchy příjmu potravy: Průvodce pro rodiče, příbuzné, partnery, kamarády, učitele a kolegy]; [online]. Köln: BZgA, 08/2011 [cit. 22.2.2013]. Dostupné z: http://logic.sport.med.tum.de/pdf/pdf_esssteorungen_leitfaden.pdf

CUNTZ, Ulrich. *Körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen*. [Fyzické komplikace poruch příjmu potravy]; [online]. Berlin: Springer Berlin Heidelberg, 2011 [cit. 3.3.2013]. ISBN 978-3-642-21442-4, dostupné z: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-21442-4_8#page-1

HADAŠ, Lubomír. *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie* [online]. Brno, 2007 [cit. 22.2.2013]. 212 s.; Disertační práce. Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií, katedra psychologie. Vedoucí práce Jiří Mareš. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/55290/fss_d/Disertacni_prace.pdf.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. ISBN 978-802-4721-309.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přepracované. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s.; ISBN 80-247-0840-X.

KUČERA, Radek. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. 2005-2006 [cit. 26.2.2013]. Dostupné z: <http://slovník.abz.cz>

KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. [online]. 2002-2009 [cit. 28.2.2013]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251

LADISHOVÁ, Lorraine C. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2006, 159 s. ISBN 80-89191-53-3.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2000, 270 s. ISBN 80-859-1233-3.

NECHANSKÁ, Blanka. *Aktuální informace 62, Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 (poruchy příjmu potravy) v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2011* [online], Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 21.12.2012 [cit. 28.3.2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>, [62_12.pdf]

NECHANSKÁ, Blanka. *Aktuální informace 3, Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. [online], Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 8.2.2010 [cit. 28.3.2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr-0>, [03_10.pdf]

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4724-256

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, 127 s. ISBN 80-717-8795-7.

STÁRKOVÁ, Libuše. 2005. *Poruchy příjmu potravy - psyché a soma. Pediatrie pro praxi*. [online]. Praha: Medical Tribune. Roč. 6, č. 1, s. 4 [cit. 22.2.2013]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://sekceppp.eu/doc/050100.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VOMASTEK, Petr. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000, 252 s. ISBN 80-860-6510-3.

SEZNAM ZKRATEK

AN = MA - mentální anorexie

BMI - body mass index = index tělesné hmotnosti

BN = MB - mentální bulimie

CNS - centrální nervový systém

CPM - centrální pontinní myelinolýza

Dg. - diagnóza

EDNOS - jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy

EKG - elektro kardo gram

GIT - gastro-intestinální-trakt = trávicí ústrojí

IPT - interpersonální psychoterapie

KBT - kognitivně behaviorální terapie

kJ - kilojoule

LF - lékařská fakulta

MA = AN - mentální anorexie

MB = BN - mentální bulimie

MDK - minerální denzita kostí

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí

mmHg - mm rtuťového sloupce

NES - syndrom nočního ujídání

PPP - porucha příjmu potravy

RF - rizikový faktor

RTG - rentgen

SRED - porucha příjmu potravy vázaná na spánek

TBC - tuberkulóza

UK - univerzita Karlova

ÚZIS - ústav zdravotnických informací a statistiky

NT - nutriční terapie

VS - všeobecná sestra

SEZNAM ODBORNÝCH TERMÍNŮ

Abúzus - zneužívání, nadměrné užívání

Aditiva - přidané příchutě a barviva do potravin

Akulturace - přizpůsobení se cizí kultuře

Alkorexie (drunkorexie) - snížení příjmu kalorií, aby si mohl dopřát vysoce kalorický alkohol

Amenorea - nedostavení se, vynechání menstruace

Amnézie - ztráta paměti

Anorektika - léky snižující chuť k jídlu

Anorexia nervosa - mentální anorexie - psychické onemocnění, kdy kvůli pocitu nereálné tloušťky dochází k úmyslnému snižování hmotnosti

Apepsie - nedostatek trávicího enzymu pepsinu

Bradykardie - snížená tepová frekvence

Bulimia nervosa - mentální bulimie - onemocnění, kdy kvůli snaze snížit hmotnost, dochází k navozování zvracení, nadužívání projímadel a močopudných látek, k extrémnímu cvičení.

Celiakie - nesnášenlivost lepku

Determinanta - rozhodující parametr

Diuretika - močopudné přípravky

Drunkorexie (alkorexie) - snížení příjmu kalorií, aby si mohl dopřát vysoce kalorický alkohol

Elektrolytová rovnováha - rovnováha minerálů, kupříkladu sodíku a draslíku

Epidemiologie - příčiny vzniku nemocí

Frenolog - odborník určující psychické vlastnosti člověka podle tvaru lebky

Hypokalemie - snížená hladina draslíku

Hypotenze - snížený tlak krve

Impulzivita - neuvážené jednání bez konkrétního cíle

Imunodeficience - nedostatečnost imunitního systému

Incidence - nemocnost - ukazatel počtu nově vzniklých onemocnění na určitý počet obyvatel za určitý časový úsek

Ireverzibilní - nevratný

Kachexie - vyhublost

Komorbidita - přidružené onemocnění

Lanugo - jemné ochlupení

Laxativa (též purgativa) - projímadla

Malnutrice - podvýživa

Menarche - první menstruace

Mentální anorexie - viz anorexia nervosa

Mentální bulimie - viz bulimia nervosa

Nepurgativní typ - k snižování hmotnosti dochází hladověním a extrémním cvičením, nikoli zneužíváním projímadel a močopudných látek

Nocisenzory - receptory bolesti

Nutrient - živina

Obsedantně-kompulzivní porucha - úzkostné onemocnění s utkvělými představami a rituály

Orthorexie - nepřiměřené zabývání se zdravým stravováním

Ovulace - uvolnění zralého vajíčka z vaječníku

Panická porucha - záchvaty enormní úzkosti a strachu

Paréza - ztráta hybnosti

Perfekcionismus - touha po dokonalosti

Prediktor - ukazatel průběhu

Prevalence - ukazatel počtu onemocnění na konkrétní počet obyvatel (100 tisíc)

Purgativní typ - ke snižování hmotnosti jsou užívána projímadla, močopudné látky a látky snižující chuť k jídlu

Purgativum - projímadlo

Realimentace - obnovení stavu výživy

Relaps - návrat onemocnění

Reverzibilní - vratný, zcela vyléčitelný

Separace - odloučení

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věkové zastoupení

Tabulka 2 - Které poruchy podle vás patří do poruch příjmu potravy?

Tabulka 3 - Co je to drunkorexie?

Tabulka 4 - Jaké faktory mohou vést k poruše příjmu potravy?

Tabulka 5 - Tvrzení o léčbě

Tabulka 6 - Způsoby snižování hmotnosti

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věkové zastoupení u veřejnosti

Graf 2 - Zastoupení vzdělání u veřejnosti

Graf 3 - Co patří do poruch příjmu potravy?

Graf 4 - Co je to drunkorexie?

Graf 5 - Rizikové faktory

Graf 6 - Charakteristické znaky mentální anorexie

Graf 7 - Charakteristické znaky mentální bulimie

Graf 8 - Tvzení o léčbě

Graf 9 - Způsoby snižování hmotnosti

Graf 10 - Kde vyhledat informace?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Reklama Eta-Tragol

Příloha B - Vývoj hospitalizace

Příloha C - Dotazník

PŘÍLOHA A - Reklama na Eta-Tragol bonbóny

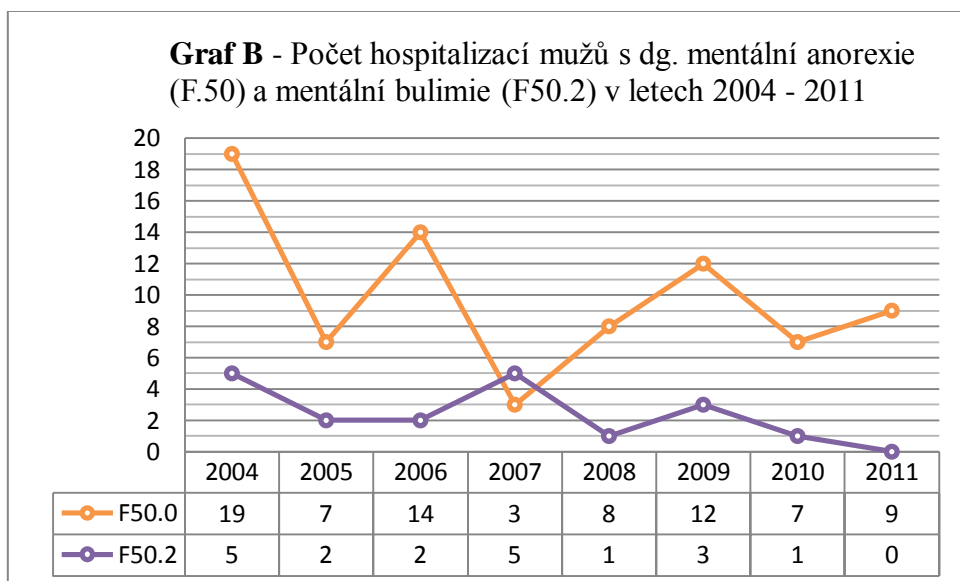
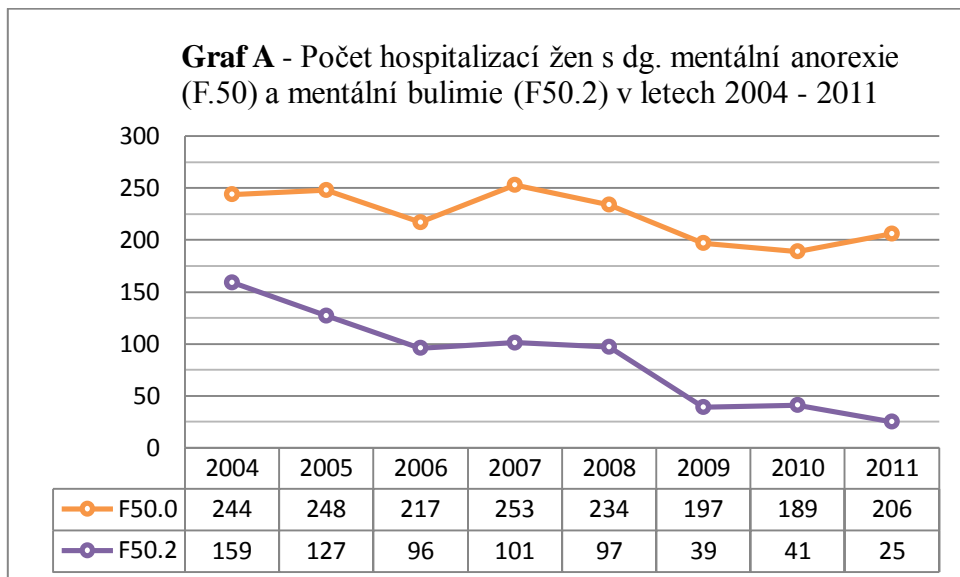
9 kg
přibrala



9 kg, které se stejnoměrně rozdělily na obličej, paže, ňadra, boky a lýtka. Považte, jak i Vaše postava tímto přírůstkem váhy získá na kráse a jak se stánete daleko žádoucnějšími! Budete-li vždy po jídle užívat chutných „Eta-Tragol“ - bonbonů (účinkují stejně u dám, pánů a dětí) přibudete v několika týdnech na váze o 5 až 15 kg. Vysedlé kosti v obličejí a na ramenou zmizí. Budete přibírat kilo za kilem. Na každé části těla budete sllit stejnoměrně. Nevolnost a nechuť k životu zmizí a ze slabého stvoření stanete se zjevem plným síly a života. Protože se zvětší i počet Vašich červených krvinek, posílí se i Vaše nervy a krev. Krabice Kč 30.—. 3 krabice Kč 75.—. Porto zvlášť, proti dobírce. Objednejte

Obrázek převzat z knihy Poruchy příjmu potravy od F. D. Krcha (Krch, 2005).

PŘÍLOHA B - vývoj hospitalizace



Data pro vytvoření grafů jsem získala v *Aktuálních informacích 3/10* a *Aktuálních informacích 62/12* na stránkách ÚZIS. (ÚZIS, Nechanská 2010;2012)

PŘÍLOHA C - dotazník

Vážené dámy, vážení pánové, milé studentky, milí studenti,

na závěr svého bakalářského studia oboru všeobecná sestra píší bakalářskou práci na téma poruchy příjmu potravy. Mým cílem je porovnat znalosti o poruchách příjmu potravy mezi širokou veřejností a studenty lékařských fakult. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky použiji do praktické části své práce. Výsledky budou zpracovány zcela anonymně, nehrozí přiřazení odpovědi k Vaší osobě, a tak Vás prosím, vyplňujte dotazník podle Vašich momentálních znalostí a neověřujte si odpovědi na internetu. Vaše odpovědi prosím zaškrťávejte do okýnek, případně vypisujte do naznačených polí. U některých otázek je možné zaškrtnout více odpovědí.

Děkuji Vám za čas věnovaný tomuto dotazníku a za korektní vyplnění.

Tereza Týleová

- 1) Pohlaví: ☐ žena ☐ muž
- 2) Věk:
☐ 18 - 25 ☐ 26 - 35 ☐ 36 - 49
☐ 50 - 69 ☐ 70 a víc
- 3) Nejvyšší dosažené vzdělání + obor (popř. právě probíhající studium + ročník)

- 4) Skupina
☐ Veřejnost ☐ VŠ nutriční terapie ☐ VŠ všeobecná sestra
- 5) Které poruchy podle vás patří do poruch příjmu potravy? U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.

<input type="checkbox"/> Mlsnost	<input type="checkbox"/> Dyslexie
<input type="checkbox"/> Noční přejídání	<input type="checkbox"/> Mentální bulimie
<input type="checkbox"/> Veganství	<input type="checkbox"/> Alkoholismus
<input type="checkbox"/> Cukrovka	<input type="checkbox"/> Drunkorexie
<input type="checkbox"/> Mentální anorexie	<input type="checkbox"/> Xenofobie
<input type="checkbox"/> Odmítání luštěnin	<input type="checkbox"/> Záchvatovité přejídání

6) Co je to drunkorexie:

☐ Nevím

☐ Vím, a to: _____

7) Jaké faktory mohou vést k poruše příjmu potravy? U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.

☐ Nadměrná konzumace ovoce a zeleniny

☐ Pocit neadekvátní hmotnosti

☐ Nedostatek vlákniny z omezování luštěnin

☐ Posměšky okolí na tělesnou hmotnost

☐ Perfekcionismus

☐ Být starším sourozencem

8) Které věkové rozmezí je typické pro vznik mentální anorexie?

☐ 7-11 let

☐ 13-19 let

☐ 24-29 let

9) Zaškrtněte správný výrok o mentální anorexii:

☐ Mentální anorexie je onemocnění zažívacího traktu, při kterém nemocný ztrácí chuť k jídlu a nepřírozně hubne.

☐ Mentální anorexie je psychické onemocnění převážně u dospívajících dívek, které ze strachu ze ztloustnutí drasticky snižují svoji hmotnost.

☐ Mentální anorexie je onemocnění typické pro matky na rodičovské dovolené, které mají depresi z toho, že ještě nezhubly kila po porodu.

10) Zaškrtněte správný výrok o mentální bulimii:

☐ Mentální bulimie je psychosomatická porucha projevující se záchvaty nadměrného příjmu potravy, po nichž následuje navozené zvracení.

☐ Mentální bulimie je tzv. „nemoc z posilovny“, kdy sportovci jedí hodně masa a užívají látky pro nárůst svalové hmoty, čímž jejich tělo mohutní.

☐ Mentální bulimie je onemocnění, při kterém pacientky pozírají velká sousta bez kousání, tzv. bolusy

- 11) Níže jsou vyjmenovány charakteristické znaky pro mentální anorexii (A) a mentální bulimii (B). Zaškrtněte, pro které z onemocnění jsou tyto faktory typické. Některé znaky se mohou vztahovat k oběma onemocněním, pokaždé však minimálně k jednomu z nich.

Nerealistické vnímání vlastního těla	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Chorobný strach ze ztloustnutí	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Časté poškození zubní skloviny	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Užívání projímadel a močopudných látek	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Navozování zvracení	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Boddy mass index (index tělesné hmotnosti <17,5)	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Poruchy menstruace	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Neodolatelná touha se přejídat	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Podvýživa	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Extrémní cvičení	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Výskyt tzv. „Russelova znamení“ - defektu na hřbetu ruky od zubů, vznikající navozováním zvracení	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>

- 12) Zaškrtněte správné tvrzení:

- ☐ Cílem léčby poruch příjmu potravy je korekce hmotnosti, čehož dosáhnou pacientky většinou samy
- ☐ K plnému uzdravení postačí farmakoterapie
- ☐ Pro léčbu anorexie je nutná hospitalizace
- ☐ Léčba bulimie není tak striktní, jako léčba anorexie a pacientky nemusí podstupovat psychoterapii
- ☐ Jedním z kritérií vyléčení z mentální anorexie je navrácení sexuální touhy u mužů

- 13) Uveďte způsoby, kterými si osoby s poruchami příjmu potravy budou úmyslně snižovat svoji hmotnost:

- | | |
|---------|---------|
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |

- 14) Víte, kde konkrétně byste zjistili informace o poruchách příjmu potravy? Uveďte
kupříkladu konkrétní jméno organizace nebo internetové stránky. Pokud si nic
nevybavujete, otázku proškrtněte.

.....
.....

Prostor pro vaše připomínky:

.....
.....
.....
.....

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]